

OCIÓN
BIBLIOTEC

Le Maître

GUIGLAIN

LECCIONES

SORBEAS

FRENOPEDIA

BF885

.T3

G5

V.1

C.1

616



1080047468





LECCIONES ORALES

COMO
LAS FRENOPATÍAS

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



6/6
G.



BIBLIOTECA ECONOMICA DE MEDICINA Y CIRUJIA

D. Manuel M. Carreras
Isidoro de Miguel
Joaquín Torres.

D. Rafael Ulecía.
José Ustariz.
Carlos de Vicents.

BIBLIOTECA ECONOMICA DE MEDICINA Y CIRUJIA

LECCIONES ORALES

SOBRE

LAS FRENOPATÍAS

TRATADO TEÓRICO Y PRÁCTICO

DE

LAS ENFERMEDADES MENTALES

Curso dado en la Clínica de los Establecimientos de enajenados de Gante
en 1881.

DR. J. GUISLAIN

Profesor de esta Universidad

VENIDOS ESPAÑOLA DE

M. CARRERAS SANCHIS Y J. TORRES FABREGAT

CON UN PRÓLOGO DEL

DR. D. JOSE ESQUERO Y ZARAGOZA

Médico del Hospital General de Madrid y Director propietario del Manicomio de Carabanchel Alto

y una lista de los que se han curado

CONFLICTOS ENTRE LA FRENOPATÍA Y EL CÓDIGO

POR EL

DOCTOR ANGEL PULIDO FERNANDEZ

TOMO PRIMERO

MADRID

IMPRENTA DE ENRIQUE TEODORO
calle de Atocha, número 80

1881



Cecilia Alfonso
Biblioteca Universitaria

26273

54226

ARMANDO GONZALEZ OCHOA
MEXICO D.F. 20 OCTUBRE 1904

BF 828
T3
H3
V.2

OBRAS PUBLICADAS

POR LA

BIBLIOTECA ECONÓMICA DE MEDICINA Y CIRUJIA

VALERE FLAMMAN

BUCHHOLTZ Guía elemental del Médico práctico. (Resúmen de Medicina, cirugía y Terapéutica).—Versión española del Dr. M. Carreras Sauchis.—Un tomo de más de 300 páginas.—Precio: 26 reales en Madrid y 30 en provincias.

DAMASCHINO Enfermedades de las vías digestivas. Lecciones dadas en la Facultad de Medicina de París.—Traducción del Dr. M. Carreras Sauchis.—Un tomo de 600 páginas.—Precio: 36 reales en Madrid y 40 en provincias.

RIZZOLI Clínica quirúrgica. *Memorias de Cirujía y de Obstetricia.*—Versión española del Dr. D. José Ustariz, con un prólogo del Excmo. Sr. Dr. D. Juan Chelus y Manso, Catedrático de Patología quirúrgica en la Facultad de Medicina de Madrid.—Dos abultados y elegantes tomos, con numerosos grabados.—Precio: 68 reales en Madrid y 72 en provincias.

VULPIAN Clínica médica del Hospital de la Caridad.—El notable libro del ilustre Decano de la Facultad de París, cuya traducción ha sido hecha a cargo de los Sres. D. Joaquín Torres Fabregat y D. Carlos de Vicente.—Un tomo de muy cerca de 700 páginas.—Precio: 42 reales en Madrid y 46 en provincias.

CHÉLUS Y MANSO Elementos de Cirujía clínica, traducción y extensamente anotada por los Sres. D. Isidoro de Miguel y D. José Ustariz, con un prólogo del Dr. D. Santiago González Encinas, Catedrático de Clínica quirúrgica en la Facultad de Medicina de Madrid.—Forma de dos tomos de regulares dimensiones.



FONDO BIBLIOTECA PÚBLICA DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN

CONFLICTOS

ENTRE

LA FRENOPATÍA Y EL CÓDIGO

CARTA DIRIGIDA AL DR. ESQUERDO (1)

Sr. D. José Esquerdo.

Mi distinguido maestro y apreciado amigo: Los que dedicamos preferentemente al cultivo de ese amargo y escabroso campo de la humanidad enferma nuestras facultades todas, ilustradas y dirigidas por la herencia intelectual de los que nos precedieron en la misma obra, y alentadas por el estímulo de nuestra vocación, advertimos sobradamente impresionados por un extraño sentimiento — tal vez amalgama de dolor y de sorpresa — ese conflicto que todavía

(1) Tenemos la humosa satisfacción de insertar al frente de esta obra la notable carta que el elegante escritor médico Dr. D. Angel Palido Fernández leyó el jueves 17 de Marzo de 1881 en la Facultad de Medicina de Madrid. Gracias a la galantería de dicho señor y a la fina amistad con que nos honra, podemos ofrecerla a los lectores de la Biblioteca económica antes de que se publique la obra que tiene en prensa el Dr. Palido acerca de *El cerebro humano, su estructura, sus funciones y su extracción*, de la cual debe formar parte.

Al propio tiempo que agradecemos a nuestro querido amigo tan honrosa distinción, anunciamos a los suscritores de la Biblioteca que el prólogo del Dr. Esquerdo verá la luz en el tomo segundo de este *Tratado de Frisopatías*.

LA REDACCION.

surge amenado entre dos ramas de los conocimientos humanos, que para la más perfecta realización de sus destinos debieran marchar unidas siempre que ambas intervienen, á manera de alma que aconseja y cuerpo que realiza, y que, desgraciadamente, en muchos casos pónense la una frente á la otra defendiendo intereses encontrados y aspiraciones opuestas: sospechará usted ya que hablo de la Prenopatía y del Código.

En España, lo mismo que en Francia y en los demas pueblos cultos, pronuncian de vez en cuando los tribunales de justicia sentencias que merecen la reprobación de los hombres consagrados á estudiar los desórdenes de la mente humana. No debo recordar sucesos de nuestro país, porque despréndese de cuanto á uno propio atañe como cierta especie de nube que, ocultando las más puras intenciones, refleja en cambio, á la contemplación de aquellos que ven las cosas con distintos ojos que nosotros, matices de apasionamiento y de egoísmo. Mas si para autorizar la exactitud de este juicio fuera necesario concretar afirmaciones en materia de hechos, podría traer á referencias entre otros numerosos — pues sabe usted que en la elección está la dificultad — el de ese infeliz marinero guillotinado en París durante el año último, castigo afrentoso y sin otro de mayor extremo, que sufrió por haber cometido uno de esos horribles crímenes de los que el vulgo, profundamente emocionado, suele decir en su lenguaje rudo y expresivo que sólo brotan de una fiera, y cuya calificación nosotros podremos acentuar más aún añadiendo que ni en el instinto de las fieras cabe, porque llevamos de reconocer que más lejos, pero

mucho más lejos que la alevosía del criminal y el ensañamiento de la hiena, alcanza el vértigo destructor del infeliz loco.

Yo lei en un periódico nuestro la referencia del suceso que tanto consternó á la ciudad de los placeres. Recuerdo aquella espeluznante descripción, tan rica de frase y colorido que, leyéndola, parecía verse al asesino coger la inocente niña de cortos años, atropellar con brutal impulso crítico su tierno cuerpecito, descuartizarlo luego, desparramar en la olimenea sangrientos pedazos, meterse miembros en los bolsillos y saciarse con horribles detalles, hasta que, en indescriptible grado de ferocidad, fué sorprendido por la policía.

Recuerdo que después sucedió lo de siempre; la indignación general, la cólera de la sociedad herida rugió como una tempestad sobre la persona del culpable mientras duró el proceso, hasta que el rayo fulminado por la justicia cayó sobre la cabeza del asesino y le confundió con el polvo inerte. Y, por último, recuerdo que más tarde aún, registrando la ciencia en el laboratorio el despojo de la máquina cerebral, vió allí confirmado, por medio de testimonios evidentes, lo que ya el mentalista había sostenido fundado en multitud de consideraciones medrosas; es decir, que aquel desgraciado Menesclou era uno de tantos locos, trastornado por un vértigo genésico, por ese vértigo que, en mi concepto, debe fijar de un modo interesante la atención de cuantos se preocupan con el estudio del hombre criminal, porque es sin duda uno de los que imprimen rasgos más característicos á sus destrozos.

Este hecho, que se repite algunas veces, no por falta de inteligente aviso, sino por sobra de ofuscación, merece ser atacado con energía por los que, consagrándose al culto de la verdad científica, advierten lo funesto de esa inconsecuencia que reina entre el dictámen pericial y el fallo del juez, entre la exculpación proclamada por el mentalista y la condena que se cumple en el patíbulo, la cual, al herir de muerte al criminal, deja también herida á la ciencia de la razón, cuyos principios desprecia como falsos, ó si estos son ciertos, á ese custodio que pretende regular, tranquilo y sin encueños, los derechos y deberes del hombre con sus semejantes: la justicia humana.

Y es propósito cobarde querer disimular ó reducir la gravedad de este conflicto; la seriedad y la justicia reclaman acometer su examen con decisión y apreciar su gravedad con exactitud, pues urge averiguar si los manicomios encierran á título de locos hombres responsables, ó si el veredicto utilizado por la ley supone conscientemente una terapéutica rematada para extinguir ciertas formas de locura, sospechas ambas que no podemos aceptar como sacerdotes de la ciencia, ni como profesores honrados, ni como simples individuos de la humanidad.

Y no las podemos aceptar como hombres de ciencia, porque nosotros los médicos que, luchando porfiadamente año tras año contra los errores y preocupaciones de la sociedad, hemos arrancado de los calabozos y librado de las suplicios la mayoría de esos individuos que hoy pueblan los manicomios, á cuyo triunfo ha hecho justicia más tarde la misma sociedad tributándole aplausos infinitos, no debemos

ceder de la obra, aún no completada, sin reclamar nuestros derechos sobre los otros afectos mentales, para cuya propiedad nos autorizan los mismos títulos de siempre, y cuya victoria ha de ser tanto más gloriosa cuanto es más disputada por las dificultades que la rodean.

Y como cuadra á esforzados paladinos, debemos combatir aprovechando las ocasiones todas que se nos presenten de dar la batalla, haciendo, en fin, lo que hacen esos pueblos invadidos por extraños opresores que, acosando sin tregua á sus enemigos y no omitiendo recurso alguno favorable para la lucha, pelean hasta que han conquistado el último palmo de terreno donde se habla el propio idioma y donde se respira el aire querido de la patria.

Tampoco podemos admitirlas á fuer de hombres honrados, porque lastima la hidalguía de nuestra conducta aceptar que muchos de los séres á quienes recluimos en los manicomios apartándotes de sus familias, contrariando sus deseos, dañando sus afecciones y privándoles de sus derechos civiles, sean juzgados por la ley como individuos de completa razón, y en su consecuencia aptos para reconocer y cumplir los deberes sociales.

Y, por último, no las podemos tolerar como miembros de la humanidad, porque si ese sentimiento que brota natural en el corazón del hombre generoso y fortalece todo código moral, el de oponerse á los estragos del error, muevenos á sacar de su extravío al que amenazara descargar mortífero golpe sobre un inocente á quien juzgara culpable, aparece para nosotros más grande este deber cuando los amenazados del castigo son enfermos incapaces de ope-

ner defensa, y que por ley natural reclaman la protección del médico como la de su primero y más firme amparo.

Ahora bien; ántes de alcanzar las reformas necesarias en el Código, ántes de recabar el triunfo apetecido, nos interesa sembrar en la conciencia de los intérpretes de la ley cuanto hay de justo y civilizador en nuestra doctrina. Las revoluciones científicas, como toda otra revolución humana, no arraigan en el campo de los hechos ni producen los frutos apetecidos si previamente no han conquistado el sentimiento público; y esto no podemos conseguirlo sin realizar una propaganda encaminada á que los altos poderes que legislan, las autoridades que fallan y el público en general que clamorea se cercioren de aquello mismo de que nosotros estamos convencidos, duden de aquello de que nosotros dudamos, y como nosotros, en fin, escudriñen ese admirable escenario del cerebro, comprendan la génesis de sus funciones, la armonía de sus facultades, y, por consiguiente, los infinitos modos como puede perturbarse su juego.

Y no se nos arguya que la frenología oscila inquieta entre multitud de hipótesis, que se discuten sus más firmes doctrinas, que atraviesa un período de evolución, origen de frecuentes cambios, y que son, en fin, muy pocos los principios suyos que pueden estarse como piedras angulares definitivamente asentadas para la construcción de ese edificio que há de cruzar inalterable los siglos, siendo el depositario de una ciencia pura; pues de admitir esta objeción, forzoso sería demoler, por identidad de razones, hasta los más delicados fundamentos de nuestra condición social.

Y si no quiere creerse este aserto, recórranse las Aca-

demias, los Ateneos y enaños centros de discusiones sábias existen, hojéscse todo ese mar de periódicos, revistas, folletos y libros que, en incesantes y formidables oleadas despiden las prensas, aquellos y éstos destinados á juzgar cuanto hacemos, cuanto discurremos y comentamos, y por do quiera observaremos con cierto pavor que, desde los más sencillos experimentos de la física hasta las más abstrusas especulaciones de la filosofía; desde esa esfera de tierra y agua que golpeamos con nuestros piés y nos arrastra en las órbitas que describe á través del espacio, hasta esa concepción suprema de la Divinidad que se alza sobre nuestra frente y nos arrastra á pensar en vidas eternas; desde ese principio político que sirve de eje á la organización de un Estado, hasta ese movimiento protoplasmático que sirve de eje á la organización de la célula, todo, absolutamente todo se desarrolla, se metamorfosea y se discute.

Y cuando esos físicos y filósofos, cada vez más discor-
des sobre los problemas de la fuerza y la materia; y cuando esos naturalistas é ideólogos, que todavía no han llegado á ilustrar los más grandes misterios que encarna la creación entera, desde el origen de los mundos hasta el origen de las especies; y cuando esos doctrinarios que acomodañ la vida de un Estado á fórmulas condenadas por las restantes escuelas; y cuando esos médicos rehacías que acometen los trastornos de la enfermedad con medicaciones energías que cambian sin descanso, viéndose mañana calificadas de mortíferas las que hoy se reputan de salvadoras, y cuando á tenor de estos, en fin, otros muchos condenen las nobles, desinteresadas y humanitarias pretensiones de la frenología,

que tienden á librar del cadalso á unos pocos infelices claramente locos, y las rechacen basándose en las dudas y cambios que ofrece su doctrina, ¡ah! con cuánta razón no se les pueda responder: Con qué títulos de consecuencia y de justicia impugnais nuestras afirmaciones, hijas de nuestro estudio constante y de nuestra probidad sin tacha, vosotros los que basais todas vuestras doctrinas sobre cimientos tan frágiles y movedizos como son los nuestros; vosotros, los que os sentís rodeados por las nieblas de las dudas y de los misterios tanto como nos sentimos nosotros, y, vosotros, los que en cambios incesantes condenais hoy como falso lo que ayer defendíais como cierto, no de otro modo que nos sucede á nosotros?

Pero es más; los que entienden de frenopatía no pueden ni deben admitir que la ciencia de la razón carezca de esos principios inmutables y de esas leyes clínicas que la doten de tantas garantías como autorizan otras muchas ramas de los conocimientos médicos, la toxicología, por ejemplo, y que imponen sus consejos al fallo de los tribunales. La frenología hoy tiene ya plantados los jalones que marcan el emplazamiento de su edificio, ó, para más claridad, asemejase al continente africano, de orillas ya precisadas, aun cuando en su interior existan parajes no explorados, lagos y rios desconocidos, selvas inaccesibles, que representan para los intrépidos exploradores otros tantos problemas que resolver.

Cuando la honradez dirige nuestros actos y preside nuestras cavilaciones el amor á la justicia; cuando engendra la desconfianza el miedo al error, miedo que nos inspira esa

misma transformación incesante que ofrece el espíritu de la humanidad, siempre empeñado en continuas disquisiciones, siempre cambiando sus creencias de ayer para acomodárselas á los nuevos puntos de vista que ofrece el progreso actual; cuando el grito, en fin, de la conciencia trata de preguntarnos si lo que defendemos es falso, si todas nuestras aspiraciones tienden á desastrosa confusión entre la locura y el crimen, alentando así la esperanza de una impunidad fatalísima para el orden social, entónces vigoriza la fe en la causa que se defiende la consideración de que los mentalistas más afamados, es decir, los únicos iniciados y los únicos exploradores de los trastornos intelectuales del ser humano, profesan las mismas ideas y cierran sus escasas filas para luchar juntos contra ese temible adversario llamado el sentimiento público, que no es, de ordinario, más que un mantenedor obligado de graves errores, de esos errores que alimenta con su ignorancia, y abandona sólo por efecto de continuas y acabadas derrotas.

Yo creo que, transcurrido un largo periodo de años, cuando la humanidad fije su exámen en los tiempos de ahora, para entónces ya históricos, y juzgue este conflicto con ese análisis tranquilo y desapasionado con que despues de la victoria se aprecian todos los incidentes del combate, no acertará á comprender cómo se dudaba, cómo se desatendía y hasta se condenaba la doctrina de una ciencia positiva, de una de esas ciencias que mantenían sin cesar el asombro aun en los espíritus más indiferentes, cuando dicha doctrina trataba de oponerse á la ejecución capital de un desgraciado loco, y cómo pesaba más en el concepto pú-

blico la condenación de un tribunal jurídico que el dictámen razonado de un frenópata eminente.

Y digo la doctrina de una de esas ciencias positivas, no obstante escandalice con tal afirmación á muchos de sus detractores, porque entiendo que los mentalistas deben comenzar sus debates pidiendo que se les reconozca de un modo solemne, que ya no consumen los frutos de su pensamiento en aquellas controversias psicológicas, en aquellas disquisiciones escolásticas sobre dónde concluye la razón y comienza la locura, sino que hoy ya el médico alienista toma de la clínica y del laboratorio los fundamentos de sus conclusiones, que suma los hechos para deducir las leyes, y que, en vez de una dialéctica de relumbrón y de sofismas, utiliza un lenguaje preciso y claro, como corresponde á exposiciones de carácter anatómico y fisiológico.

No puedo resistirme á transcribir las bellas frases con que el afamado mentalista Legrand du Saullé da comienzo á una de sus más interesantes producciones (1).

«Escuchad en 1878 el dictámen de un médico alienista ante los tribunales — diga — y advertireis que ya no se discute para saber dónde acaba la razón y comienza la locura. Las disertaciones filosóficas han caído, la psicología ha desaparecido, el abogado se calla, el jurado escucha, el ministerio público procura ilustrarse, y el médico se impone... En otros tiempos se cortaba la cabeza de un criminal en nombre de una teoría muy discutida, de una duda

(1) *Les signes physiques des folies raisonnantes (état mental de Sandon)*, — Paris, 1878.

filosófica y de desarrollo de conciencias; pero hoy se asila al criminal enfermo en nombre de la precisión clínica, de la certidumbre científica y de una confianza incontestable. He aquí lo que hemos ganado desde que nos hemos vuelto menos psicólogos y mucho más clínicos.»

¡Sin duda que Legrand du Saullé, al expresarse así, no se refería también á aquellos otros casos en que el dictámen pericial era desatendido!

Además, debemos observar que la sociedad entera es sobrado injusta con los mentalistas al no reconocerles esa pericia que se consigue obtener precisamente sobre materias inapreciables para el vulgo, y que con tanta sensatez reconoce en cualquiera otra aplicación de las facultades humanas.

Creemos á un marino cuando, atisbando horizontes para nosotros invisibles, nos asegura la existencia de nubes y barcos que en balde procuramos distinguir, y le creemos, porque estamos convencidos de que aquel ejercicio constante de la vista aumenta su poder visual; de igual modo observamos atónitos que el ciego, palpando relieves que para nosotros son casi insensibles, los precisa, los eslabona y los interpreta con exactitud y rapidez tales que le permiten hacer de ellos una verdadera lectura... y, sin embargo de esta perfección de sentidos y de facultades intelectuales que en cada arte, cada profesión y cada linaje de conocimientos se consigue, escasos son los individuos que no se creen con fuero bastante para discutir la existencia de una locura cuando el mentalista la afirma y ellos por impericia ó ignorancia la desconocen. Pues qué, ¿caso olvi-

dan que precisamente una de las consecuencias más obligadas y útiles de la condición de especialista consiste en aventajar los conocimientos y alcances de la generalidad, llegando adonde ésta no llega? Y sucediendo así, qué torpeza tan deplorable no supone y á qué errores tan deplorables no conduce semejante oposición?

Pero á bien que no debe extrañar el que los intérpretes de la justicia, y con ellos las demás clases de la sociedad, discurren y procedan del modo expuesto, cuando entre los más terribles adversarios que frente á frente tienen los alienistas, lo diré sin ambages, figuramos nosotros; es decir, la masa general de los médicos, quienes por haber aprendido con el estudio vertiginoso y superficial que hacemos dentro de las aulas algunos términos de chocante rareza, pero careciendo en verdad de toda sabiduría, siendo tan extraños dentro de un manicomio como lo puede ser cualquier adocenado novelista, y tan incapaces de interpretar las manifestaciones de aquellos asilados como lo es un individuo de interpretar los sonidos de un idioma que desconoce, nos escudamos, sin embargo, con nuestros títulos, y, aparentando á la sociedad una aptitud mentida, pretendemos luchar potencia á potencia contra los frenopátas, negando sus alcances, desautorizando sus pronósticos y rebelándonos contra sus aspiraciones.

¡Ah, mi querido maestro! Yo, que en mis escritos he tenido siempre el singular antojo de confesar mis errores, quiero recordar ahora que, cuando opinaba como uno de tantos, es decir, cuando sabiendo algo ménos que hoy me atreví, sin embargo, á mucho más, afirmaba de un des-

graciado, que allí en sus mocedades pudo conquistar reputación de ingenioso poeta y merecer el aprecio fraternal de esa espíritu melancólico cuya vida se deslizó por este mundo, como el sentimental nocturno que gimé en un piano se desliza al través de las sombras de un jardín, sacudiendo el ambiente triste y lenebroso de la noche, es decir, del inmortal Becquer, afirmaba de aquel desgraciado, repito, que sólo una perversidad de sentimientos, una relajación de su moral era lo que algunos peritos calificaban de locura. Yo recuerdo que analizaba sus actos, que veía lo ingenioso de sus imposturas, que juzgaba el egoísmo que lo dirigía, y, sin embargo, este individuo que yo estimaba responsable, parecía dos años más tarde en el manicomio de su dirección á consecuencia de una parálisis progresiva de los enajenados; es decir, de una de las formas más claras de locura. ¿Cómo dudar, pues, de que á semejanza de lo que ocurre en el mar, donde hay siempre un horizonte remoto que sólo la vista perspicaz del marino divisa, así en el Océano de la locura existen zonas misteriosas que sólo el especialista puede distinguir; y de igual modo que á la sonrisa incrédula del pasajero suele responder confiado el marino pidiendo tiempo para que adelante la invisible nave, así el manicomio responde hoy lleno de certidumbre á los que dudan de sus juicios: «Esperemos que avanzando el mal satve esa zona, á la que sólo alcanza la investigación del perito, y después basta el más escéptico palpará sus manifestaciones!»

Pero contra toda predicción esa resistencia continuará aún siendo titánica, porque no la mantiene sólo la ignorancia, sino también la reacción instintiva y poderosa que

brotos de la sociedad entera cuando siente el dolor de la herida que recibe en uno de sus individuos. Basta examinar lo que entonces ocurre para medir la dificultad del triunfo.

Véase en el centro de la hirviente masa humana, siendo acentuado de enconadas iras y blanco de todas las agresiones, un hombre de rostro pálido y descompuesto, extraviada la vista, desgarradas las vestiduras, ciego, insensible, inconsciente unas veces y abrumado otras por el pensamiento aterrador de su crimen y la cólera vengativa que le rodea.

Véase en torno suyo el pueblo, á quien la indignación arrancó de sus hogares, distrajo de sus quehaceres y acumuló junto al culpable, como un soplo del huracán arrastra de sus escondrijos y barre del suelo cuanto después voltea en sus remolinos; pueblo agitado que clava sobre el insensato sus iracundos ojos, que exalta la mente con el horror del crimen y se desborda con la inundación de su cólera, que atruena el espacio con sus imprecaciones y sacude los brazos con la expresión de la amenaza, y que más hostigado aún por las trabas que los agentes de policía le oponen al cumplimiento de su venganza, se revuelve, se atropella y maltrata á sí propio, convirtiéndose en un organismo sacudido por epiléptica convulsión, que se retuerce y lacera las propias carnes buscando con sus crispadas manos el corazón que le atormenta, de igual modo que cuando las impetuosas ondas chocan contra acantiladas rompientes, esparcen á las nubes mangas de agua cenagosa y de turbia espuma que, al caer con estruendo sobre su propia masa, la golpean, remueven y sombrean como con negra tinta.

Más lejos aguarda ese tribunal austero que, poniendo

su vista en la cruz y la conciencia en el Código, se cifie á la letra de la ley, proteja los derechos establecidos y castiga las violaciones que se le hacen; juzga del crimen casi siempre de un modo abstracto; prescinde en su estudio del criminal, falla implacable y hace cumplir su condena.

Aparte, ahogándose en un Océano de dolor y desesperación, aturldida con el choque de aquel suceso horrible, de aquella pérdida irreparable, de aquella catástrofe enorme, tan aturldida como si hubiera recibido fuerte martillazo sobre la cabeza, muéstrase la familia, grupo de seres infelices condenados á la viudez y á la orfandad, trasportados bruscamente desde la dicha á la desgracia, desde el bienestar al sufrimiento, desde la satisfacción á la necesidad.

Más desviada aún, pero alzándose formidable como una altísima cordillera que cierra el horizonte y nos envuelve en la sombra que proyecta, se hace notar la prensa periódica, ese hijo vigoroso de la civilización, eco de la sociedad general que inquiere con avidez los sucesos, que rebusca las frases más ampulosas para pintarlos con fuertes colores, y concluye siempre protestando contra el agravio hecho á la moral y pidiendo el castigo del malvado.

Por último, llenando todo, calentando por todas partes como una atmósfera que abrasa, la misma sociedad ultrajada, que se estremece con la temeridad del criminal y que, llevada de su instinto de conservación, clama por que se aprieten los frenos que se oponen á los descarrilamientos del mal.

Ahora bien, contra esta convulsión del organismo social, ¿qué podrá conseguir el aspecto reposado del sacerdo-

te de la ciencia, predicando con acento solemne su doctrina y reclamando de la prudencia de aquel mismo cuerpo agitado protección para el causante de su dolor? ¿Qué engrandecimiento moral, qué cultura tan admirable no supone alcanzar la perfección de la justicia derrotando esos instintos que piden al rechazar la fuerza con la fuerza, y su triunfo por aquella virtud evangélica que aconseja responder con beneficios al mal que se recibe, testimonio de la perfección cristiana?

Pero imposible es manifestar este deseo sin que al instante no se eleven en torno nuestro gritos de alarma, sin que el temor a la reforma haga preguntar: ¿a dónde iremos á parar con semejante doctrina? ¿Qué no ocurriría después?

¡Ah! ¿Cómo desconocer estas frases, cuando son las que acusan la resistencia de siempre, esa resistencia que opone todo lo que se va á todo lo que se presenta; cuando son las que se escapan del individuo que desconfía y teme al progreso, creyendo que tras de toda innovación se viene sin remedio la anarquía y la muerte!

Pero estas exclamaciones que lanzan áun los más benévolo, grito de alarma de los que olvidan que el hombre camina tras de su anhelado perfeccionamiento, ¿cuántos millones de veces no se habrán proferido con otros motivos al parecer más solemnes, ante otras reformas más trascendentes! ¿Con qué mortal espanto no las habrán exhalado todos los que en el curso de los siglos han sentido como verse el edificio de su condición social, desde aquellos augustos sacerdotes y veneradas pitonisas del paganismo, que

veían por un lado sus tradicionales dioses heredados de la Grecia y del Egipto, cayéndose de los altares á cuyo pié se habían prosternado centenares de generaciones, y sus monumentales templos de piedra grietarse al calor irradiado de otra divinidad, amenazando hundir en tierra las gigantescas rotondas, las severas cornisas y los labrados capitales, y veían por otra desmoronarse aquellos arcos triunfales elevados al orgullo de sus héroes por un pueblo que se llamaba eterno, y aquellos inmensos coliseos que albergaban cientos de miles de seres, y cuyos sillares representaban montañas de granito arrancadas de cuajo y trabajadas por miriadas de esclavos; y como si esto no bastase, aquella civilización, que se había templado al fuego de mil batallas gloriosas y había dominado la tierra conocida y atado los reyes á las cuadrigas de los tiranos triunfadores, ser reemplazada por otra civilización que había emanado de un oscuro judío, crisis radical toda ella que expresaba el tránsito de una etapa á otra etapa en la historia de las naciones; hasta el modesto obrero de nuestro tiempo, que contempla asustado sin comprenderlo cómo una resaca máquina de vapor, moviendo con fuerza incontrastable sus ferreos brazos al empuje de unos cuantos vasos de agua evaporada, empaquenece su propia labor y le arroja del taller, hecho que á su vez acusa el tránsito de una etapa vieja á otra nueva en la historia del trabajo; y sin embargo de estos cambios, y apesar de que los pueblos desaparecen y las civilizaciones se transforman, vése á la humanidad, no obstante se crea á cada paso comprometida, que gana sin cesar y que progresa sin descanso, depurando sus costumbres,

aumentando sus comodidades, perfeccionando su justicia, sorprendiendo los misterios de la Naturaleza, engrandeciendo su destino y acercándose más y más á esa concepción gigantesca, á esa verdad que todo lo invade, á ese reino de la luz y de la bienaventuranza que nos llama constantemente á su seno, á Dios, en una palabra.

Y cuando nosotros, convencidos de esta profunda verdad, escuchemos las protestas que inspira el miedo, podremos calmar la angustia mortal del espíritu acobardado diciéndole también con acento de exaltación: — No tiembles ni dudes del progreso; ese rumor que desde la soledad de tu miedo crees percibir en lontananza, y que tomas por el estruendo de ciudades que se derrumban, es el estridor de los truenos que vuelan por los campos, de los martinetes que golpean en los talleres, del labrador que canta al surcar la tierra, del comercio que cambia sus productos, de la vida, en fin, que reina espléndida y grandiosa en la sociedad; y aquel resplandor que divisa en el horizonte y consideras claridad de los relámpagos, es el sol del progreso que alumbrará un pueblo culto que todo lo fia á la civilización y á la justicia.

Nada hay, querido amigo, que me persuada tanto de que también aquí la causa de la verdad y de la justicia ha de triunfar al fin, como el recordar lo que lleva conquistado la frenopatía; ni nada debe hacer desconfiar tanto á esos espíritus reluctos como la contemplación de lo que han cambiado la creencias generales durante los tres últimos siglos.

Cuando el espíritu imparcial recuerda aquellos tiempos

de agitaciones religiosas en que desde los papas hasta los soldados, y desde los más ilustres representantes de la magistratura hasta los más esclarecidos cultivadores de la ciencia lanzaban á la chisporreante hoguera miles de infelices monomaniacos; cuando recuerda que desde las bulas pontificales á las disertaciones jurídicas, y desde los engendros literarios hasta los capítulos de la investigación científica, concurrían todos los productos de la inteligencia á defender una misma tesis, á conservar un funesto error que castigaba con espantosa muerte muchas enfermedades mentales, y vemos hoy los heridos de aquellos mismos padecimientos no sólo amparados por la ley, sino que enormemente asistidos en gigantescos manicomios, ¿quién, á no pecar de ligero, sería capaz de sostener que ese impulso de redención ha cesado, que esa ley eterna del progreso ya no se cumple, y que esa resplandiente antorcha de la ciencia, que avanza desparcamente siempre luz, se ha extinguido?

No debe creerse tal absurdo; falta aún por conquistar, como no podía menos de suceder, la parte más escabrosa; es preciso desalojar el error y la preocupación de esas trincheras en que todavía se batien; hay que persuadir al mundo entero de que las locuras razonantes, las impulsivas, las pasionales, la imbecilidad y la epilepsia en sus diferentes grados, etc., pertenecen al médico y al manicomio, como les pertenecen las manías más aparatosas; y todo esto se conseguirá cuando el nivel intelectual de la sociedad suba lo bastante y cuando la ilustración de los consagrados al foro abarque la patología mental.

Porque yo, mi querido amigo, no puedo creer que ese

antagonismo aparente reconoce otra causa que una falta de inteligencia debida á la equidad; pues siendo honrados los custodios de la ley tanto como puedan serlo los custodios de la razon; siendo nobles y locados por igual de clemencia para la desgracia, celosos unos y otros de sus sacratísimos deberes, forzoso es que lleguen á satisfactoria conjuncion desde el punto en que mutuamente se escuchan y se estimen sus razonamientos. Que despues de todo, la humanidad ha nacido para entenderse, y existe siempre la inteligencia allí donde reinan la buena fé y el desinterés, y donde la pasion no ofusca los sentimientos, atributos éstos que, si deben resplandecer en todos los afanes científicos, aún deben resplandecer con mucha más claridad cuando el interés principal lo constituye la vida de unos desgraciados, ya sean locos, ya sean criminales; pues si desgracia es no poder gozar de la luz del sol y precipitarse en el abismo por lesion incontestable de la retina, desgracia tambien lo es el sufrir la misma muerte por obstinarse en adelantar con los párpados cerrados!

Es indispensable que los médicos no hablen y escriban sólo para los médicos, sino que hablen y escriban mucho para los juriconsultos y para la sociedad ilustrada, y hagan comprender á aquellos y á ésta que así como la exención física para el servicio de las armas no supone un estado especial, siempre idéntico del sujeto, así la irresponsabilidad moral no puede ni debe suponer un estado concreto y siempre igual del individuo; que así como un organismo físicamente considerado supone multitud de órganos que sirven de origen á multitud de funciones, cuya integridad perfec-

ta, cuya relacion mútua y exacta armonía constituyen la aptitud física, así para el órden moral hay profusion de órganos, fuentes de otras tantas funciones, cuya integridad perfecta, cuya relacion mútua, cuya exacta armonía y dependencia suponen la aptitud moral. Y es verdaderamente extraño que mientras se elimina del servicio á un individuo epiléptico, por ejemplo, porque sufre desarreglos periódicos de sus funciones sensitivas y locomotrices, no se han de eliminar de la accion de la justicia á ciertos sujetos atacados intermitentemente de convulsiones de su razon, constituyendo verdaderos ataques de epilepsia moral.

Las formas impulsivas puras, sin abucinaciones, sin ilusion, sin delirio, sin esos atributos, en fin, que á primera vista pudieran estimarse como los indispensables de la perturbacion cerebral, han de ser necesariamente las que ménos comprenda todo exámen ligero, las que más difícilmente se expliquen, y, en consecuencia, las que más condenan como inadmisibles cuantos juzgan exageradas las predicaciones del médico-alienista. Y, sin embargo, creo yo que los bastaría á muchos de estos adversarios un exámen reflexivo de impresiones que en el curso de su vida habrán experimentado para comprender la existencia real de dichos vértigos y cómo nosotros los apreciamos, de igual modo que la pequeña llama que culebrea en el hogar puede hacer concebir uno de esos devastadores incendios de las poblaciones, que durante la noche lamen con sus lenguas de fuego las nubes y desparraman abumada iluminacion por el espacio, como si pretendieran convertirse en teas revolucionarias del universo.

Me parece grave ignorancia ó ciega ofuscación dudar hoy de ellas y desconocer su interpretación morbosa, cuando nacen, se desarrollan, muestran su sintomatología y se curan con un curso y modo idéntico al que podemos observar en la enfermedad más plástica de las que se tratan en un hospital.

Un compañero á quien yo tengo en grande estima, y acerca de cuya sinceridad, precision y espíritu observador no puedo desconfiar en modo alguno, hacíame comprender bien elocuentemente la potencia y singular carácter de una de estas formas impulsivas, por el relato fiel del *vértigo de las alturas* que durante algun tiempo sufrió, desórden cerebral éste que se diferencia de los otros vértigos que conciben al crimen en un sólo cambio de dirección por lo que á su naturaleza afecta, el cambio que separa el suicida del homicida; y con respecto á su intensidad, la diferencia que separa una suave colina vestida por la bruma, de una de esas altas montañas que hunden su cúspide entre las cárdenas nubes, donde el trueno tabletea y el rayo se desgaja y abrasa la Peña.

Recuerdo bien la historia de su enfermedad.

Confesaba que óntes de su primer viaje por Europa apenas conocía más que de nombre el llamado vértigo de las alturas; y que hubiera rechazado, como pudiera hacerlo el más ignorante, la opinion de que entre los desórdenes mentales figurase el estado de un individuo que dijera sentirse inevitablemente arrastado, impelido á espantoso hecho por la aberracion de su miedo, de su profundo terror, al hecho mismo.

Ese afán insaciable que se apodera del viajero—cuando quiere obtener de sus expediciones toda la instruccion y deleite posibles—de contemplar cuadros panorámicos desde elevados puntos, apoderóse de él en grado extremo, y fué causándole desde las primeras ascensiones tal propension al vértigo, que no tardaron en convertirsele aquellas más bien en motivo de tortura que en placentera impresion de *touriste*. La agitacion y el desórden que se apoderaban de su espíritu siempre que se encontraba en las galerías, plataformas y demas puntos de mira, concluyó por ser tal que ya más que á las bellezas de las perspectivas, más que al chocante efecto de las populosas poblaciones como tendidas á sus propios piés, más que á recrear su ánimo siempre amante de las bellezas arquitectónicas con los primorosos detalles ó la grandiosidad de armónicas ó gigantescas proporciones, parecía como que tiraba de su deseo y le robaba la atencion aquel espantoso abismo que se abría siempre á su lado y al cual le era tan fácil precipitarse con un leve brinco, con un movimiento automático, consumo de esos ejercicios que hacía inconscientemente en el gimnasio.

¡Y con qué metódica graduacion fué desarrollándose el vértigo! Todavía en Burdeos pudo recorrer sin emocion el balconaje de aquella histórica torre de San Miguel, admirando sobre su cabeza la hermosísima flecha que al desvanecer su remate á 114 metros de la plaza, parece una aguja destinada á prender la tierra al cielo, y que al clarearse por sus infinitos calados, hace pensar en un gigantesco capuz de finísimo encaje, y á sus piés aquellas deliciosas vistas sobre el puerto y el Gironda, sobre la ciudad y sus al-

rededores. Desde entonces comenzó su impresionabilidad, y ya días después, inquieta y sobresaltada su contemplación desde la plataforma de la columna de Vendôme, en París, á 44 metros sobre el suelo de la plaza, apenas saboreaba en aquella soberbia perspectiva todo el encanto que luce. Más tarde aún, paseando las altas torres de Nuestra Señora, bordeando un precipicio de 68 metros, por cuyo camino vertical apenas tropieza la vista con alguna gárgola fantástica, algún detalle saliente ó alguna figura de las que guarnecen la gótica fachada, en balde imploraba de los recuerdos novelescos que Víctor Hugo ha juntado con la soberbia morada del modesto Quasimodo, y de los mil recuerdos históricos que registra la iglesia metropolitana de la gran ciudad, pensamientos para sentir bellezas y olvidar infernales ideas; todo era arrollado por el vértigo del vacío, por el estremamiento muscular que impulsaba sus carnes. Y que después, hallándose sobre el espacioso ático que forma el Arco de la Estrella, en medio de aquella verdadera plaza hecha de sillares sobrepuestos, le precisaba alejarse bastante de la robusta crestería para poder disfrutar con alguna, no con mucha, tranquilidad los arrobadores encantos de aquel panorama sin rival.

De este modo se fué gradando más y más la propensión al vértigo, hasta que llegó un momento en que su intensidad le infundió verdadero pavor; fué en Bruselas. Sobre el centro de la Plaza del Congreso de esta cullisima ciudad úlzase una columna hasta 47 metros de altura, y sobre ella una plataforma capaz de contener quince personas. Subía la estrecha escalera de caracol, quizás más con-

fiado que nunca y prometiéndose dominar lo que él mismo calificaba de *ridícula agitación*, cuando saliendo desde la oscura espiral que caracolea por el interior de la columna como si una cuebra grande, inmensa, antediluviana, brotara del suelo y asomara la cabeza por su capitel, y al ganar á través de reducida puerta la galería exterior, le produjo tal sacudida la impresión del espacio que de pronto se presentaba á su vista, que, como si hubiera recibido un cepujón, arrojóse en actitud de salto sobre la balaustrada, y tan fuera de su voluntad se sintió que, dando un grito, sacudiéndose hacía atrás con un supremo esfuerzo de su instinto y rehaciéndose algo, de modo semejante á como por un movimiento brusco se rehace el individuo que ha tropezado, ha perdido el equilibrio y va á caer, recobró enseguida la escalera, la bajó desalentado y sin parar, hasta que se encontró en tierra, adonde llegó pálido, descompuesto, escalofriado y con violentas palpitaciones.

Desde aquel momento el vértigo se apoderó de él en términos tales, que no podía acercarse á un balcon, ni ascender escalera, ni ocupar palcos altos en los teatros, ni asomarse á torre alguna. Dos años pasó sintiendo los efectos del mal, que, últimamente, se le desarrollaban aun en las situaciones más naturales. Bastaba que hubiese alguna profundidad á su lado para que, á la manera de cuerda tirante que vibra al menor soplo del aire, así brotase el impulso al menor incentivo, llegando hasta el extremo de rechuir algunas visitas cuando para hacerlas necesitaba subir altas escaleras. Un ataque más horroroso que los anteriores le conjuró este mal, sirviéndole de crisis.

Vivia un amigo suyo en el más elevado piso de una de estas monumentales casas modernas, cuyas cajas de escalera se presentan lo suficientemente holgadas y sobrado altas para que á su través pueda salvar un cuerpo el espacio que separa la vida de la muerte, como breve túnel transporta pronto al viajero desde una pintoresca, alegre y brillante campiña á un sombrío, oscuro y abrupto precipicio.

Segun le ocurría siempre, la sola consideracion de que habia de subir y entablar una vez más la desesperante lucha, comenzó á trastornar su tranquilidad desde el portal. Lenta y patisadamente, con reprimida zozobra, iba ganando escalones, y á medida que la distancia se hacia mayor, á medida que el suelo iba ahondándose más y más, subía de grado su agitacion, conmoviase su espíritu, redoblaba el corazón sus latidos, thase, en fin, sintiendo acometido del vértigo que, como con fuerza incontrastable, con fascinacion diabólica, atropellaba su razon, oscurecia sus juicios, escudofaba sus nervios y soplabá en su espíritu entero un terror espantoso; terror extraño, incomprensible, que lo mismo que si sirviera de infernal alimento, aumentaba la ansiedad del impulso, y entónces, como agitados por aquella tempestad, revolvíanse sus brazos y animábanse sus fuerzas físicas, deseando aprisionar el pasamano por donde podía dar el salto final.

De nada servía que los destellos que se escapaban de su razon al través de aquella anarquía que pretendía sofocarla, como se escapa el agua al través de los resquicios de la mano que quiere contenerla dentro del grifo, le licieran buscar el lado de la pared y arrastrarse en el ascenso pegado

a ella; el impulso le arrojaba del lado del pasamano, y de este modo, yendo de uno en otro lado, como lo hace un cetro, en lucha hasta con sus propias manos, que ya con una quería sujetar la otra, ó ya las llevaba ambas á la cabeza, unas veces como para sofocar el fuego que estaba su cerebro, otras para calmar el prurito que le hormigueaba por la piel, ó bien para domeñar los cabellos que se le erizaban; sintiendo circular por sus vasos una sangre ardiente, que parecia arastraba punzantes alfileres, espantados sin duda los ojos, agitado, convulso y descompuesto, tontado estuvo unas veces por arrojarse al suelo, vacilante otras sobre si acabar su ascension ó retroceder á escape, hasta que á la postre de un batallar horrible, de un sufrimiento inexplicable, llegó á la puerta deseada, cogió con mano convulsa el tirador, hizo sonar un violento campanillazo, parecióronle siglos los breves instantes que tardaron en abrir, y entró tan agitado como si hubiera cometido un crimen.

He dicho que aquel ataque le sirvió de saludable crisis, y así fué. Desde entónces no le ha vuelto á molestar el vértigo.

Ha quedado tan sólo una ligera impresionabilidad que nota en las situaciones más apropósito para producir el impulso, pero que no ha sido bastante, ni con mucho, á impedirle ascender con agrado y entera seguridad á sitios tan vertiginosos como la Miranda de San Jerónimo, en Montserrat; las bolas que se alzan sobre el remate de las altas cúpulas de San Pedro, en Roma, y de Santa María de las Flores, en Florencia; al final de la más alta torre de la

catedral de Milan; torre inclinada de Pisa, algunos parajes de los Alpes y otros lugares semejantes.

Ahora bien, ¿es posible comprender en la misma repro-
hación—pregunto yo—este impulso y el del suicida que se precipita desde el viaducto de la calle de Segovia, por ejemplo? ¿Es posible creer que exista perfecta analogía entre un estado semejante al descrito, en el que el hombre feliz, benévolo, gamoso de plácemes y lleno de razón, buscó el encanto de la vida se pone al abismo de la muerte ó cae en la muerte misma, con el individuo que, amargado por los sufrimientos, desesperanzado de la sociedad, llena de heridas el alma, después de hacer un balance sobre el pró y el contra de su vida, opta resuelto y razonador por la muerte, gana la silitra, cubre sus ojos con un pañuelo y se lanza al encuentro de aquello que apetece? No, y mil veces no; y si algún juez estima tan criminal lo uno como lo otro, es porque ese juez, mal conocedor de la justicia, tan torpe como ignorante, ciego y adocenado, procede como el cirujano que, viendo malignidad por todas partes, no encontrará otro recurso que amputar siempre, arrancar sin dilación del organismo todo miembro llagado, y el médico que, cual otro doctor Sangredo, redujera todas las enfermedades á una sangre alborotada que había necesidad de extraer sin remedio; es decir, no estudia del enfermo, ó sea del acusado, más que una sola parte, el final, la caída del cuerpo que choca y se mata; pero no lo que más interesa conocer, las causas que precedieron á su caída, la razón, el por qué, la filosofía de aquel crimen.

Se me dirá ahora: ¿y qué tiene que ver el vértigo de

las alturas con el vértigo genésico, por ejemplo? Lo mismo que tiene que ver la inflamación de un ojo, que no permite ver, con la inflamación de un oído, que no permite oír; el proceso morboso es el mismo, varía el asiento del mal y con él sus manifestaciones. Esto podrá dudarlo un ignorante; pero no tienen derecho á dudarlo el médico ni el pensador ilustrado.

Viene á ser aquí el vértigo un fenómeno reflejo que surge de una impresión exterior, que se desenvuelve en un campo perturbado por una aberración funcional y que se finaliza en el exterior por actos que unas veces parece como si atropelláran la voluntad preescindiendo de su intervención, y que otras la atrastran consigo y le hacen intervenir como esclavizada. Podría repetir hasta la saciedad ejemplos análogos. Sé también de un individuo que luchó durante algún tiempo contra un vértigo extraño; siempre que veía correr un coche le acometían vivísimos deseos de tirarse bajo las ruedas; y eran tanto más enérgicos dichos impulsos, cuanto mayor la velocidad de la carrera.

Y bien, el impulso de lanzarse al espacio, el de precipitarse bajo las ruedas del coche, el de aquella consultante que usted mencionaba en una de sus elocuentísimas conferencias, la que angustiada suplicaba á usted remedio con que atajar el vértigo horrible que le acometía de clavar en las carnes de su esposo idolatrado un cuchillo; impulso horrible que ella misma anunciaba, y á cuya aberración dió nacimiento el leer la causa criminal de Angel Ursúa; estos tres, como otros infinitos que refloren los libros, y como el del individuo que marchando tal vez indiferente por un ca-

mino divisa. en la soledad una mujer, siente estallar en su cerebro un volcan, derramarse por su cuerpo abrazadora lava, la acecho, y ciego, desatentado, sin reparar en la edad, en la belleza ni en la condicion social de la victima, se lanza sobre ella, la estrangula, la desgarrar y satisface sobre los mismos horrores de la muerte un placer que exige en cordura todo el aliciente de la vida. ¿quien niega que tienen un mecanismo idéntico? ¿Cómo dudar de que no suponen criminalidad en la genuina accpeion de esta frase? ¿Ni cómo desconocer tampoco que un abismo infranqueable les separa de esos otros crímenes vulgares que diariamente registran las columnas de los periódicos? Nos dirán acaso que en los dos primeros atentados no habia homicidio, y, por consiguiente, no era criminal el vértigo. Pues qué, preguntaría; cuando mi citado amigo, avaro de la vida y lleno de felicidad, sentíase arrastrado al borde de la muerte, es decir, á lo que más podia atemarle, ¿puedo dudar de que non otro vértigo apropiado, apesar de su reconocida honradez, atentaria contra el prójimo? Indudablemente no.

Pero abandono ya esta argumentacion, en rigor impropia de aqui, donde cierto aspecto de apasionada lucha podria desaturar en algo, y más pertinente en el libro, donde, desenvuelta con serenidad y sin amaños polemistas, ha de mostrarse con todo el valor que tiene. Lo que por el momento necesitan los frenopatas—y disculpe usted que sin serlo me atreva á expresarme así, insistiendo en un concepto ya apuntado—es reconocer que, á semejanza de lo que hace todo conquistador, deben cumplir los deberas de soldado ántes de réclamar las ventajas del triunfo. La

duda es tan legítima, que representa más que la ignorancia del vulgo: representa el bautismo del filósofo, según expresion de Fichte.

No han pasado muchas décadas desde que el grande Esquirol se ha retractado solemnemente del error que habia mantenido negando las monomanías, y hoy ya nadie duda de ellas. A su vez, actualmente niega el espíritu público algunas formas de la patología mental; pues bien, expongámoslas, y no dudemos de que, pasadas otras décadas, habrán arraigado en esa misma conciencia pública. El ejemplo de lo que le ha sucedido á usted con Garayó, es una confirmación elocuentísima de esta verdad. A principio todo Vitoria condenaba su defensa, quizá le acusaba tambien de malvado y de ningun modo hubiera oido sus razonamientos; ha pasado algun tiempo, y hoy Vitoria ha dominado ese arranque de intransigencia y le escucha sin protestas; pudiera usted seguir, y tal vez mañana el mismo pueblo que ayer le atropellaba con la ceguedad de su ira, le creyera y hasta le ayudaria á solicitar la reclusion del condenado á muerte. ¿Que al fin resulta siempre que el sentimiento del pueblo es honrado, noble y generoso, y ama tan lealmente la justicia que, si algunas veces la veja y la desatiende, es sólo porque la desconoce!

Vivimos felizmente en una época de libre discusion, en una época en que la libertad de pensar convierte al hombre á toda la grandeza de su destino, en que existe un ambiente tan vivificador para la verdad que basta propalar una idea sana para que se abra paso, triunfe, y por último domine. Pasaron ya, tal vez para no volver, los tiempos en

que existían aquellas agrupaciones que monopolizaban los conocimientos humanos, transmitiéndolos misteriosamente por iniciados de generación á generación, como pasaron también aquellos otros en que los poderes absolutos constreñían el pensamiento á desenvolverse miserablemente dentro de fórmulas estériles ó de dogmas caprichosos, engendros de áridas filosofías, como se desarrolla enteco y raquítico el organismo encerrado en insalubre ergástula. Hoy no; hoy lo que brota del pensamiento libre pertenece á la humanidad entera, que lo examina, que lo juzga, que lo comenta y lo admite ó lo rechaza según su fallo; y regocija inefablemente el ánimo, y enorgullece asimismo la vanidad, observar que apenas brota una idea nueva, apoderarse de ella la prensa y las corporaciones sábías, y allí discútenla, el teólogo, que tiene puesto en Dios siempre su pensamiento, y el naturalista, que fija el suyo en la naturaleza; el astrónomo, que estudia al través del telescopio los mundos del espacio, es decir, los grandes organismos del universo, y el fisiólogo, que estudia con el microscopio los seres celulares, es decir, los pequeños mundos de la organización; el matemático, que le aplica el compás de sus axiomas y corolarios, y el biólogo, que le acomoda á los límites infinitos de sus discursos; el artista, que busca la materia para moldearla sólo en formas estéticas, como aquellos escultores de Rhódas y de Pérgamo, seducidos sólo por el deleite corporal, buscaban el mármol para cincelarlo en voluptuosas formas, y el filósofo, que desdenando la forma como un alimento sensual y plástico, se remonta al espíritu, al fundamento, á lo trascendental; y es de ver cómo

por virtud de esta concurrencia, cómo por efecto de la aplicación de un estudio multiforme y perfiado á la idea nueva presentada, se debilita y desaparece pronto el error, y, por el contrario, se robustece y acredita rápidamente la verdad. Cultivadores los mentalistas de lo que juzgan allos ser una verdad, deben provocar la lucha sin vacilación alguna. El choque de la crítica es como el golpear del acero, que pulveriza donde encuentra barro, pero en cambio arranca chispas brillantes, fuentes de luz, donde encuentra pederual, luz que será tanto más intensa cuanto más violenta sea la percusión.

En esta campaña — permíteme su modestia si ahora la maltrato — cumple usted un papel heroico, papel que yo admito, porque asombra considerar el cúmulo de facultades con que le abrillanta y engrandece, y papel á que le obliga esta España, que fué la primera nación, y esa su provincia Valencia, que fué el primer pueblo en donde se recogió al loco dentro de humanitario manicomio, y por consiguiente donde se dió el primero y más decisivo impulso á la redención del alienado siglos ántes de que el gran Eifel viniera al mundo.

Corazón el suyo de niño para los sentimientos, de atleta para la lucha, que cae de hinojos á los pies del que sufre, y se levanta enfurecido ante el rostro del que maltrata; espíritu aprisionado por el torbellino de una pasión que sus primeros, sus más antiguos discípulos en balde procuramos arrancársela durante aquella época en que su nombre oscuro resonaba sólo en el oído de los estudiantes y sus doctrinas se perdían en las luctuosas sifas de un hos-

pital, cobija usted por igual en su alma con el entusiasmo del guerrero que lleva a la victoria, la fé inalterable del santo que arrastra al mártir.

Cuando en uno de los muchos parasismos de sus conferencias le contemplamos centelleante la pupila, encendida la espaciosa frente por donde se arrastran hinchadas las venas, pero tan hinchadas como si en vez de oleadas de sangre condujeran las oleadas de inspiración que sobran a su cerebro; trémulos los labios, inquietos los rasgos todos del semblante, que afectan multitud de expresiones; tendida hacia atrás la flotante cabellera, como si quisiera recogerse para dejar ver la mayor cantidad posible de cabeza ó como si escapara huyendo de aquella soberbia exaltación; agitándose en vehementes sacudidas su cuerpo y sus brazos; y cuando escuchamos su palabra que dibuja y colorea con realidad fascinadora esos cuadros que danzan en su fantasía, que expresa con una elocuencia rica, feraz, sin estudio, sin sujeción a los atildamientos académicos, impetuosa, rebotando virilidad y entusiasmo, donde el amor y el odio, la piedad y la indignación, todos los claro-oscuros del sentimiento, en fin, aparecen recargados como en un cuadro de Ribera, y todas las cuerdas del alma suenan como pulsadas por el héroe de un sueño de Beethoven; oratoria que me recuerda aquellos bosques vírgenes de la América donde se juntan los más robustos árboles y las más sensibles flores, los más activos venenos y los más delicados perfumes, sin orden, sin afectación, sin esas acomodaciones geométricas, sin esos recortes de la poda, sin esos alineamientos de la jardinería, que son la expresión de que

el orgullo humano se cree tan digno de su originalidad, que por no copiar á la Naturaleza en los procedimientos de que se vale para esmaltar sus campos, ha inventado él otros para esmaltar sus ciudades; elocuencia que podrá ser censurada por sus defectos, pero que siempre es aplaudida por la sinceridad de sus confesiones, porque garantiza la fé del que propaga, y la honradez del que expone, porque se ve que brota, en fin, del alma abrasada por el entusiasmo, como el silbido de la llama y el crujir de la leña brotan del fuego que abrasa la pira; y cuando en esta situación fenomenal le consideramos frente á un público nutridísimo, condenando los extravíos de la sociedad, y devolviéndola esa afrenta que arroja sobre algunos locos, parecemos contemplar la personificación del progreso, que, advertida de que la humanidad hace alto en un campo de desastrosos errores, se vuelve colérica, y fustigándola cruel la obliga á caminar en busca del ideal de la justicia.

Ante esta propaganda, no dude usted de los prosélitos. Yo, alejado de la frenopatía, hago lo que el artista que, ocupado en su tarea, siente el estruendo de música y algazara, se asoma á la calle, y al ver desfilar un grupo de patriotas que marchan á la defensa de una causa santa entonando himnos guerreros, deja á un lado la herramienta, coge el arma y se incorpora á la milicia; así yo, al sentirle á usted que pasa y al escuchar su inspirado acento, dejo otros temas, cogo mi modesta pluma, y grito con fé y entusiasmo: ¡Vamos al combate, y puesto que luchar es vencer, luchemos!

Pero sea nuestro combate discreto y noble como deben

serlo siempre los de la ciencia; no el del apasionado que confunde y arrolla, sino el del creyente que ilustra y persuade; no el del que tiene frente por frente á un adversario que conviene destruir, sino el del que mira á su lado compañeros y amigos que necesita conquistar; no el del que disfruta por encontrados intereses, sino el que discute sobre intereses comunes que sólo el error puede desconocer; no, por último — y esto procede repetirlo muy alto — el del racionalista ateo que pretende imponer su doctrina con fines heréticos, sino el del espíritu serio que teniendo presente aquella máxima de un santo padre de que *el que muere por la verdad y por la justicia, muere por Jesucristo*, predica fijando también sus ojos, como el magistrado piudo y venerable, en la imagen sacrosanta del divino mártir del Gólgota, y el pensamiento en la idea de que el que pareció en la cruz por redimir al hombre del pecado y al pecador de la justicia divina, diciendo en su agonía: *Perdonadlos, Señor, que no saben lo que se hacen*, ha de ver con amor el propósito de redimir al hombre de la locura y al loco de la justicia humana.

DOS PALABRAS

A nadie que siga con algun interés el movimiento científico contemporáneo, habrá pasado desapercibido el afán que el estudio de las frenopatías ha despertado en el orbe culto desde que hombres ilustres de todos los países han seguido con notable acierto la senda emprendida por los que en pasados tiempos redimieron al loco, arrancándole unas veces de las garras del vendugo y convirtiendo otras el nauseabundo calabozo en limpia celda donde el enajenado recibe cuantos cuidados necesita.

El siglo XIX, que ha redimido al esclavo, rompiendo — con vergonzosísimas excepciones — las cadenas que le oprimían; el siglo XIX, que ha ilustrado al hombre y ha educado á la mujer, relegada antes á los más triviales quehaceres domésticos; el siglo XIX, que ha realizado tan grandes descubrimientos de indole tan diversa, no podía menos de dirigir una mirada compasiva á los que han perdido esa facultad que distingue al hombre de los demás seres vivos, la razón, la inteligencia; y puede vanagloriarse muy legítimamente de haber hecho mucho, muchísimo en este sentido... casi tanto como lo que le queda por hacer.

Uno de los hombres que mayores esfuerzos han dedicado al estudio de las enfermedades mentales, dando en la Universidad de Gante notabilísimas lecciones acerca de la especialidad, es el Dr. Guislain, cuyo libro tenemos el gusto de ofrecer hoy á los lectores de la BIBLIOTECA ECONÓMICA.

Nuestros esfuerzos al dar á conocer estas *Lecciones orales* apenas publicada la segunda edición, se verán compensados con exceso si las ideas defendidas por el mentalista belga, con las cuales están hoy conformes muchos profesores, gracias á la cruzada emprendida por el sábio Dr. Esquerdo, se abren paso en España, país hidalgo y noble, á quien cabe la gloria de haber edificado cuatro manicomios antes de que se construyeran en ningún otro país: los de Valencia, Zaragoza, Sevilla y Toledo.

Entretanto, y sin creernos aptos para juzgar en estas mal pergeñadas líneas las ideas del Dr. Guislain, sólo podemos recomendar su lectura.

LOS TRADUCTORES.

PRÓLOGO DE LA PRIMERA EDICION

Publico estas lecciones tales como fueron improvisadas en medio de una población de enajenados.

Entonces fueron recogidas por el Dr. Vermeulen, mi ayudante.

Las reproduzco hoy con toda su sencillez, ó, por mejor decir, con toda la originalidad de su forma primitiva.

Con todo, creo conveniente advertir que, teniendo en cuenta el estado actual de la ciencia, que camina hácia la resolución de mi problema, he creído conveniente dar mayor extension á muchos puntos de este trabajo.

DR. J. GUISLAIN.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

PRÓLOGO DE LA SEGUNDA EDICION

La presente edición se hallaba en prensa cuando ocurrió la muerte del Dr. Guislain, y en el día se publica en gran parte con las notas que dejó el eminente mentalista belga. Hé aquí algunas palabras destinadas a servir de prólogo a su libro:

«Al escribir esta obra he tenido constantemente fija la vista en los cuadros vivos: la observación ha sido mi punto de partida. En medicina la práctica debe ir antes que la teoría; es preciso ver ante todo, y después pensar, reflexionar. Sin embargo, conviene a los neófitos una enseñanza teórica previa; prepara el ánimo a la observación y facilita desde luego los estudios. Por eso escribí este libro, persuadido de que tenía que llenar tan importante misión. Posteriormente he añadido a mi obra lo que creí que faltaba en ella, y ahora que reúne el fruto de mis ob-

>servaciones, entrego esta segunda edición á la apreciación
>de los hombres competentes.>

Nada añadiré á estas palabras encontradas en las notas de Guislain, porque ellas explican que *este libro sea la fotografía más completa de la enajenación mental*, como ha dicho muy afinadamente el Dr. Briere de Boismont, en su *Estudio sobre J. Guislain y sus obras*. Es un libro que, en concepto del mismo profesor, «merece ser el *valemeum* de los alienistas y en el cual, estudiándole con detenimiento, se encontrarán los datos más interesantes de los trabajos más recientes sobre la materia.» Semejante obra no necesita ser recomendada en un prefacio.

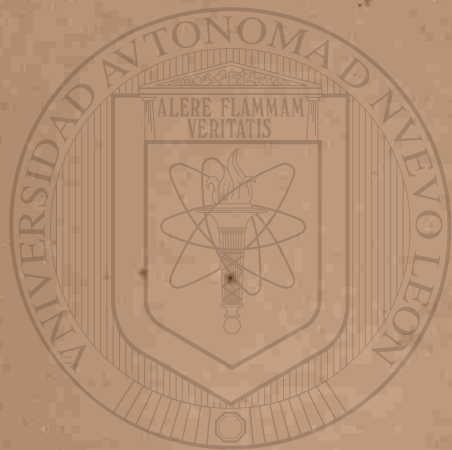
Sólo me resta exponer en algunas palabras el método seguido en esta segunda edición que tengo el honor de presentar al público médico. Como ya he dicho, he aprovechado numerosas notas preparadas por el mismo Guislain para la nueva publicación de su obra, cuyos ejemplares comenzaban á ser raros antes de su muerte; las he introducido en el texto como lo hubiera hecho el mismo si hubiera podido completar su obra. También he tratado de las nuevas conquistas hechas por la ciencia desde la muerte de Guislain, si cuadraban con sus ideas; en caso contrario, las he publicado como nota. He querido, ante todo, reproducir en esta segunda edición la obra de Guislain con su fisonomía propia, en el fondo como en la forma, intercalando en ella las mo-

dificaciones indicadas por el mismo autor ó reclamadas por los progresos de la ciencia.

¡Feliz yo si consigo inspirar á muchos médicos el deseo de leer estas *lecciones orales*, que contienen algo más que la patología mental!

Gante 31 de Mayo de 1879.

B. C. INOELS.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA

DIRECCIÓN GENERAL DE

LECCIONES ORALES

SOBRE

LAS FRENOPATÍAS

LECCION PRIMERA

PRIMERA PARTE

IDEA GENERAL SOBRE EL ESTUDIO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

SEÑORES:

Siempre me acordaré de mis primeros pasos en este establecimiento.

Me hallaba solo, sin maestro.

Por todas partes surgían dificultades, no encontraba más que obstáculos. No comprendía nada de lo que veía, y — preciso es decirlo con franqueza — las equivocaciones fueron muy frecuentes en los primeros días.

Me faltaba toda la terapéutica de las demás enfermedades.

De todas las preocupaciones científicas á que me había dedicado, hasta entonces, el estudio de las enfermedades mentales me pareció la más árdua.

En el momento en que es hablo profesó todavía esta opinión.

En efecto, he empleado diez años de mi existencia en interrogar al hombre vivo y al cadáver; otros diez han servido para meditar sobre lo que veía; sólo en los últimos años he aprendido á curar á los enajenados.

A fuerza de ver y de reflexionar se consigue franquear el camino, casi con facilidad. Muchas dificultades pueden vencerse — to-

nélo muy en cuenta — en la posición que ocupáis en este momento.

Y ahora me diréis:

¿Para qué necesitamos ese estudio erizado de tantas dificultades? ¿Qué utilidad puede reportarnos? ¿Quién sabe si jamás seremos llamados para esta práctica especial? Y aun cuando se nos confiara una misión de esta índole, haríamos lo que vos habeis hecho, lo que han hecho nuestros antepasados: aprenderíamos a obrar.

Caminar con paso seguro a través de las tinieblas que ocultan el elemento más noble, el más misterioso del hombre, vencer las dificultades que se presentan, ¿no es éste un asunto seductor para las inteligencias que tienen sed de instrucción?

Pero, aun suponiendo que este motivo os parezca como un orden de ideas muy vagas, muy poco materiales, hay otro que se refiere directamente a vuestros intereses de posición.

El mismo día en que comencéis la práctica profesional, se puede hacer un llamamiento a vuestra ciencia de médicos. La justicia puede decir: Este hombre ha robado, ha asesinado, está enajenado ó no? Comprendéis ahora la dificultad de vuestra situación? Porque no hay duda que el honor y la vida del acusado pueden depender de vuestros conocimientos.

Además, la dignidad del médico se halla comprometida si por ignorancia no puede explicar los hechos.

Se llama después á determinadas lumbreras de la ciencia, llegan los especialistas y estos pueden daros una ruda lección.

Ya apreciaréis la influencia que todo esto puede tener sobre la condición social del médico joven.

Sólo os hablo de una situación; pero pudiera mencionar otras diez, veinte y hasta ciento, en que se consultará á vuestra ciencia para saber si tal hombre está ó no enajenado. Apenas os figuraréis cuán embarazosa y grave puede ser en tales casos la posición del médico sin experiencia.

Importa, pues, conocer el curso, la evolución de las enfermedades mentales, porque se os interrogará sin cesar en este sentido. Las familias tienen un interés tan grande como legítimo en conocer el estado real de sus enfermos. Si carecéis de experiencia en la materia, contestaréis al acaso, no formularéis el tratamiento conveniente, y, repito, cometeréis lamentables errores.

Pasan en nuestro país cosas bastante extrañas: hasta ahora no

ha habido para los enajenados más que voces y palabras, casi siempre estériles.

En las grandes ciudades, apenas se acuerdan las autoridades y corporaciones de los enajenados: llaman la atención los negocios públicos y, sobre todo, los grandes monumentos. En tales términos es esto verdad, que la capital no tiene asilo para los enajenados.

En las poblaciones rurales es más fácil ocuparse de estos enfermos, aunque en realidad sólo bajo el punto de vista financiero. Se hace poco por ellos: los locos nos arruinan, dicen las administraciones rurales.

Pasan los años y nadie escucha los lastimeros quejidos de estos desgraciados.

Permanecen olvidados, encerrados en oscuras prisiones.

Bajo muchos puntos de vista están asimilados á una mercancía: existen los especuladores allí donde deberían encontrarse los verdaderos amigos del hombre.

Los enajenados son objeto de un tráfico infame.

Estos enfermos, al parecer, son considerados como especies de animales raros — permitiéndome la frase — se negocia su colocación como si se tratara de los cerdos y de los caballos.

Las administraciones públicas puede decirse que padecen de ceguera, de sordera y de impotencia.

El Gobierno central carece de fuerza real, pues se halla cohibido por la cuestión financiera y los votos de las Cámaras legislativas.

El Municipio dice: carezco de recursos.

La provincia alega la penuria de sus arcas.

Y, sin embargo, el Gobierno exige antes de dar subvenciones el concurso del Municipio y el de la provincia.

Todas las administraciones predicán la moderación y la temporización.

Todo el mundo dice: esto no me corresponde.

He aquí como, desde hace más de 30 años, la cuestión de nuestros pobres enajenados está dentro de un círculo vicioso de influencias administrativas egoístas y fatales.

Ya comprenderéis que un estado de cosas tan aflictivo para la humanidad no puede durar, y que dentro de poco (1) se irá á buscar

(1) Estas provisiones se realizaron: siete meses después la Rólgica obtuvo una ley sobre el régimen de los enajenados. [Nota de la primera edición.]

á los hombres capaces de ilustrar á las administraciones en las nuevas medidas que se trata de tomar. Siempre que se introduzcan reformas, no se dejara de llamar á médicos ilustrados y dignos.

A vosotros, pues, corresponde trabajar para cumplir este gran acto.

Los médicos que cultivan la especialidad de las enfermedades mentales, se limitan en Bélgica á una cifra muy corta. Yo creo que

Valde años despues, poco más ó menos, esta misma ley fué modificada á consecuencia de un suceso deplorable y muy tristemente celebre para que sea necesario hablar de él. Apesar de esto, el cuadro tramo por bastante continua siendo casi la expresion de la realidad. Verdad es que se ha hecho mucho bueno en este sentido: la ciudad de Gante, siguiendo el impulso del ilustre autor de este libro, ha creado el magnifico asilo que, por reconocimiento, ha bautizado con el nombre de Hospicio Guislain; el Gobierno ha reorganizado y, por decirlo así, renovado por completo los Asilos de Proffondout y de Mons, que, bajo la direccion de hábiles médicos colocados á su cabeza, han adquirido un lugar entre las instituciones de primer orden; vigila, por el intermedio de sus inspectores, el mejoramiento de todos los asilos actualmente existentes; protege los esfuerzos de la iniciativa privada y se encuentra dispuesto á secundar todas las tentativas que se practican por el bienestar de los enajenados. Los Hermanos de la Ciudad, continuando con perseverancia su noble mision, han rennovado su asilo de Saint-Troad y han levantado otro nuevo en Zebale.

Pero no todas las administraciones públicas han seguido este ejemplo. Bruselas, la soberbia capital que reparte el dinero con profusion en placeres y en el embellecimiento de la poblacion, no ha encontrado aún los recursos necesarios para elevar un asilo destinado á sus enajenados, y necesita mandijer un plan para ellas en los establecimientos de provincias: Lijs, despues de 20 años de vacilacion y apesar del apoyo eficaz del Estado, se halla aun en la misma situacion que en 1823, y deja subsistir instituciones que ya en su ultima fecha se habian declarado insostenibles y forzosamente funestas. Las provincias de Namur y de Luxemburgo no contienen ningun hospicio de enajenados y tienen que enviar sus enfermos á largas distancias, enmedio de poblaciones que no hablan su misma lengua. Hay otro dato todavia más deplorable: la enseñanza de la psiquiatria, tan brillantemente inaugurada por Guislain, ha dejado de ser inactiva en el programa de las escuelas del Estado y no existe más que en la Universidad de Lovaina. Asi, en 18 dias, como en 1819, los médicos que cultivan la especialidad de las enfermedades mentales en Bélgica, se limitan á una cifra muy corta.

El hospicio Guislain es el unico asilo que recibe como internos los pupillos de la Universidad de Gante; sólo él ha podido formar alumnos, algunos de los cuales han abrazado definitivamente la carrera de medico alienista en otros establecimientos.

formando una legion de hombres capaces, enseñándoles lo que puede hacerse por la santa causa que debe ocuparnos, habra medio de apresurar el gran dia de las reformas.

Bajo esta punto de vista deseo que mi curso sea para vosotros el motivo de un apostolado. Haced lo que yo; atacad los abusos allí donde se presentan, pero atacadlos bajo el punto de vista de la razon.

Esta es nuestra humanitaria mision.

Hace 10 años que debía haberse dado el curso actual, pero un obstáculo me lo ha impedido. Se ha temido vuestra presencia, la presencia de los hombres jóvenes, enmedio de esta poblacion de enfermos que os rodea. Yo he hablado de vosotros como debía, he combatido opiniones erróneas y he hecho desaparecer este obstáculo. Gracias á la intervencion sabia y poderosa del digno Administrador-Inspector de la Universidad, y á la gran solicitud de los miembros de la Comision administrativa del Hospicio, lo he conseguido (1).

A vosotros toca, señores, sin embargo, el cuidado de hacer todo lo posible para que nada se os pueda reprochar.

Con este fin se necesita:

Mucha prudencia.

No dirigir á los enfermos preguntas indiscretas.

Esperar á que yo os invite á examinarlos ó á dirigirles las correspondientes preguntas.

No agitarles con vuestras palabras, vuestras miradas, etc., en una palabra, no hacer sentir en manera alguna vuestra presencia.

Debe comenzar mi estudio por algunas consideraciones sobre el metodo que debe seguirse en el estudio practico de las enfermedades mentales.

(1) El curso objeto de este libro se dio, alternativamente, en los establecimientos de enajenados hombres y en el de mujeres. Cada leccion duró una hora, y se dió una vez por semana durante todo el año.

El curso fué seguido por alumnos que habian sufrido su primer exámen de doctor. El numero admitido fué el de 20.

En cada sesion eran llevadas á una u otra sala del establecimiento, donde estaban los enfermos objeto del curso.

Los alumnos circularon por la sala, y con este motivo se habló de la disposicion arquitectonica de los establecimientos.

Su presencia no dió lugar al menor inconveniente; por el contrario, su presencia fué siempre seguida de un bienestar entre nuestros enfermos. Este buen efecto habia sido ya observado por el Dr. Falret.

SEGUNDA PARTE

CÓMO DEBE PROCEDERSE EN EL EXÁMEN PRÁCTICO DE LOS ENAJENADOS

1. En presencia de un enfermo que padece una afección llamada corporal, se le pregunta, se le interroga, respecto á lo que experimenta.

Se concluye siempre por preguntarle dónde le duele, desde cuándo sufre y qué caracteres particulares pueden tener sus sufrimientos.

Por cada 10 veces, en nueve casos las respuestas de esta enfermo permitirán comprobar una parte orgánica, especialmente enferma. En estas investigaciones, el médico se guía por una especie de vía interior; los ruidos y la imaginación hacen ver pulmones, un corazón, un estómago enfermos.

Ahora bien. En el enajenado, el exámen práctico es completamente distinto; en este enfermo, la investigación directa de los órganos pierde enormemente su valor.

No se dice al enajenado:

¿Dónde os duele?

¿De qué os quejáis?

¿Desde cuándo estáis enfermo?

Porque entónces el enajenado responde:

Yo no sufro.

Me encuentro bien.

¿Qué queréis de mí?

O bien no os dice nada, ó responde con frases descorteses.

En la mayor parte de los casos pretende no estar enfermo, y os lo da á entender de la manera más expresiva.

La inspección de su lengua, el exámen de su pulso, no tienen esa alta significación que presentan en otras enfermedades; amenudo no tienen mas que una importancia secundaria.

Los productos segregados dejan casi siempre de suministrar datos de algun valor. No hay en los enajenados orinas críticas, nebulosas, hipostáticas; el estudio diagnóstico de este líquido pierde en ellos en cierto modo toda su utilidad.

Hay, pues, que seguir otro camino.

2. Pero aquí es donde existe la dificultad.

Cuando se trata de una enfermedad corporal, la inspección de la lengua, los desórdenes de la digestión por ejemplo, nos anuncian que sufre el estómago. Del mismo modo sabemos por el pulso, la percusión y la auscultación que existe una enfermedad pulmonar ó una afección cardíaca que se presenta á nuestra observación.

3. No sucede así en las enfermedades mentales.

En los enajenados sólo conocemos de una manera imperfecta el estado del órgano enfermo, y lo propio diremos de las funciones del cerebro.

El conocimiento anatómico de este órgano apenas nos conduce á conocer el sitio de estas funciones.

Pero si no conozco el sitio de la inteligencia, del yo, de las impulsiones, de las pasiones, sé que hay funciones, conozco un yo, conozco las pasiones.

Debo dirigirme ante todo á estas manifestaciones y no á la pulpa cerebral.

De esta verdad resulta que los síntomas tienen una gran importancia en la apreciación analítica de la enajenación mental.

Interrogareis mas amenudo á estos síntomas que al cerebro y sus alteraciones de tejido.

Así, procurareis hacer el analisis de las funciones de la inteligencia, para conocer bien la expresión fisiológica de las pasiones, el valor de las ideas, de los actos y de las palabras, hareis todo esto tomando por guía los hechos, al hombre vivo.

En efecto, en todo esto hay un escollo que debe evitarse, y es la tendencia hácia un ideologismo nebuloso, que puede considerarse como un estudio con más ó menos atractivos, pero que no ofrece ninguna solidez bajo el punto de vista práctico. Algunas preclaras inteligencias se han perdido en esta vía de las abstracciones psicológicas.

El medio de hacer progresar la ciencia es tratar las cosas experimentalmente, defenderse contra las ilusiones, examinar con los ojos de una inteligencia ejercitada, ver á qué se refieren los fenómenos observados, estudiar su desarrollo, las metamorfosis que sufren y las deducciones que pueden resultar bajo el punto de vista del tratamiento.

Debo repetirlo: las elucubraciones de los ideólogos pueden pre-

sentar un vira atractivo para los que sólo buscan en sus estudios consecuencias teóricas, especulativas. Pero, en cuanto a los médicos mentalistas, retardan el progreso en vez de favorecerlo; desvían al práctico de su misión en vez de abrirle vías ricas en resultados que puedan proporcionar ventajas a los enfermos.

PRESENTACION DE UNA SERIE DE SUJETOS SOMATIDOS
EN UN EXÁMEN CLÍNICO.

Há aquí cuáles deben ser vuestros principales datos en el estudio clínico de las enfermedades mentales:

- I. La fisonomía.
- II. El gesto.
- III. La palabra.
- IV. Las vísceras.
- V. El conmemorativo.

A. La fisonomía.

1. Como base de la apreciación del enfermo, debéis atribuir una gran importancia a lo que se llama el punto de vista médico. Este puede definirse: el arte de ver en un conjunto de fenómenos una multitud de detalles, donde otros no ven más que generalidades, ó no ven nada.

En este sentido, ciertas inteligencias están más favorecidas que otras. Comprenden mucho mejor el conjunto, la especialidad, los caracteres ó la naturaleza de una afección. Pero el *oculus medicus*—tenedlo muy en cuenta—sólo es una realidad cuando se ofrece como el fruto del ejercicio y del estudio. No creáis que la más sutil, la más rara inteligencia reconocerá una enfermedad cualquiera mejor que un médico mediano, si esta inteligencia no se halla iniciada en los secretos de la ciencia y de la observación, y si no sabe transformar en ideas científicas las impresiones que le suministran los sentidos.

2. El golpe de vista, el tucio práctico del médico sólo se adquiere procediendo con orden, por la apreciación metódica de un número suficiente de enfermos; siempre que se apoye en una buena dosis de sentido común y en una conveniente educación científica.

Todo artista tiene tacto, y el médico es también artista. Su arte es creador; crea medios de defensa y de ataque; descubre remedios, construye aparatos é instrumentos. El arte, en tal caso, consiste en ver bien y reflexionar.

El arte no consiste en un razonamiento sutil, en un esfuerzo intelectual para tener razón, en una ciencia expuesta con la fascinación de la dialéctica, de la palabra; se resume en un juicio sano, en el análisis de los fenómenos y en el géneo para la invención de los recursos curativos. Me serviré de un ejemplo vulgar. El médico ve ameuido el desórden y pronostica las tempestades, á la manera que un piloto ó un timonel de un buque conocen un cambio de tiempo por el aspecto de la bóveda celeste, sin que puedan siempre determinar las causas de los fenómenos que observan sus sentidos ejercitados.

3. Hay un gran arte para hacer bien el análisis de la situación de un enajenado. Y nada tan difícil como la posición del hombre sin experiencia, que, sin guía, sin ciencia, no sabe en qué sentido debe explorar. No sabeamendo qué decir, qué hacer, qué camino tomar para llegar al conocimiento de la enfermedad. Hace sus preguntas al acaso, de una manera difícil; marcha á la ventura. No tiene objeto, no tiene, por consiguiente, guía; sus ideas se embrollan; ameuido se encuentra cohibido.

El tacto sólo se manifiesta realmente en el médico á la larga.

Aprende bastante pronto á conocer los signos de ciertas alteraciones orgánicas; ésta es la ciencia del anfiteatro. Pero no puede decirse lo mismo respecto á los desórdenes puramente dinámicos. Se necesitan muchos años antes de que pueda, bajo el punto de vista del pronóstico, juzgar bien de la curabilidad ó incurabilidad de las enfermedades.

Remedio de todo esto se necesitan grandes cuidados, y, en tal sentido, los puntos cardinales que acabo de indicar son guías seguras; puede afirmarlo.

4. Antes de plantear una medicación cualquiera, el médico someterá al enajenado á una observación sostenida.

No se contentará con un solo exámen, hará muchos. De este modo puede tener al enfermo en observación durante un serie de días, de semanas. No sucede así en otros enfermos, en los cuales bastan casi-siempre algunos minutos para llegar al conocimiento del diagnóstico y por consiguiente á la indicación de los remedios.

El médico mentalista necesita apoyarse en numerosos datos, de los cuales deduce casi siempre las nociones más preciosas.

Ante su enfermo procurará en cierto modo aspirar la impresión que produce sobre él. Le ve, á veces, por espacio de mucho tiempo, durante el día, por la noche, y aun así sólo al cabo de muchos días le conocerá y podrá decidirse sobre el carácter, naturaleza y terminación probable de la enfermedad.

Esta observación, no lo perdáis de vista, es importante, sobre todo en los casos de un examen médico-legal.

5. El conjunto de los fenómenos, los detalles de las facciones, la actitud del paciente, su gesto, hé aquí lo que debe llamar ante todo vuestra atención.

La expresión de la cara os dirá las emociones, las pasiones que dominan al enajenado. Cada género de enajenación tiene su *facies*. Cada enajenado tiene sus facciones, sus actos exteriores.

Estas facciones son otros tantos signos que os dirigen en la apreciación de lo que sucede en el estado íntimo de su moral.

6. Dicha expresión de la cara la denominaré el *carácter de la enajenación mental*. Es eminentemente significativa, pues por sí sola puede hacer ver si una persona está ó no enajenada. La mirada se refiere á la gestulación, y es no ménos importante.

Los pintores y los actores se esfuerzan algunas veces en reproducir las facciones de los locos, pero rara vez lo consiguen; crean el carácter y el gesto del delirio agudo, y no el de la enajenación mental. Pecan, en general, por numerosas exageraciones.

7. Es muy útil conocer los diferentes matices de este lenguaje fisiológico:

Para apreciar una predisposición.

Para observar la enajenación desde el principio.

Para apreciar el paso de una enajenación á otro estado.

Cuando se trata de poner en libertad á un sujeto curado.

Cuando se trata de investigaciones médico-legales, de una enfermedad mental simulada, por ejemplo, y en otra multitud de situaciones.

8. La cara da diferentes signos:

Ante todo en el calor.

El estado de los cabellos, su unto grasoso, su consistencia, su dirección.

La significación de las líneas que surcan la frente y las mejillas.

En los ojos, la mirada del alma.

La boca y los movimientos de la lengua.

Esto constituye el conducto de las facciones, la fisonomía.

Voy á tener el gusto de presentaros una serie de sujetos que, según creo, os interesarán bajo el punto de vista de la expresión de las facciones.

Hé aquí un enajenado cuyos órganos oculares indican el desorden que reina en su entendimiento. Sus ojos, fijos, no cambian casi de posición; el pestañeo sólo se verifica con largos intervalos.

En este otro enfermo, todas las líneas de la cara están muy indicadas; hay algo muy pronunciado en las cejas, en las mejillas, que marcan las mejillas y surcan la frente.

9. La contracción anormal de los *músculos de la cara* cambia las facciones hasta el punto de que, ámenudo, es casi imposible reconocer al enfermo. Favoreciendo la formación de las eminencias, refuerza las sombras y da más brillo á las arrugas. El sujeto parece envejecido, está más delgado que antes de su enfermedad.

Esto hace que rara vez se encuentren caras hermosas en las caras de enajenados. En la convalecencia, cuando cesa la tensión morbosa, las funciones son más regulares, la piel gana en frescura, el ojo demuestra más calma y dulzura, las arrugas desaparecen.

Las arrugas de la frente tienen una significación particular; anuncian penas, alegrías, dolor moral.

Las líneas que acusan las cejas, los párpados y los ojos, suministran los indicios más preciosos.

El asombro, la colera, la alegría, el pesar, se traducen en las cejas y los ojos.

El aspecto de los ojos por sí solo basta algunas veces para reconocer á un individuo propenso al suicidio. En efecto, hay en la mirada de este enfermo que veis una expresión particular, que añade al matiz azulado de sus labios, da á su cara un no sé qué de asombroso. Es un enajenado que quiere destruirse.

La tristeza se pinta en los ojos. Los ojos sólo anuncian este estado.

La irritación, el descontento y las exigencias se leen también en ellos, como podéis ver en los maníacos que se encuentran alrededor de vosotros.

Este enajenado, epiléptico que tenéis delante, demuestra en su mirada asombrada, ininteligible, estúpida, y en sus ojos abiertos, los

caracteres que bastan á un hombre ejercitado para reconocerle á primera vista (1).

10. *Las facciones.*—En ciertas ocasiones parece que se hincha la cara, los centros nerviosos dejan de inervar á los músculos.

Amenudo, durante el paso de una enajenación á otra, vemos una relajación que se extiende á todos los músculos del cuerpo. Tal estado no es una parálisis en la acepción de la palabra, pero constituye una condición siempre parecida á la parálisis. Supone una escasa cantidad, una falta de influjo nervioso, de tono; pero, sin embargo, es muy diferente en ciertas demencias, pero sobre todo en los últimos períodos de la parálisis progresiva.

11. Hé aquí un enfermo que presenta un cambio muy marcado en la piel, la cual ha tomado un color oscuro.

En otros enajenados que despues vereis, no se encuentra ninguna anomalía en el color de la cara.

Semejante signo es muy importante cuando se trata de decidir si un enajenado secuestrado se halla en disposición de volver al seno de su familia. Muchas veces ha tenido que decir: este hombre deba aún permanecer aquí, su piel no ha recobrado todo el aspecto de la salud.

Hé aquí otro sujeto que presenta palidez, una palidez de los labios; dicho signo ofrece alguna importancia, pues indica en este enfermo las pasiones concentradas.

Cuando el loco rechaza la comida, su piel se altera profundamente, fenómeno que indica la alteración que sufre la sangre en su composición bajo la influencia de la sustracción de algunos de sus principios constituyentes. Es un indicio que anuncia la graydad de esta situación.

12. *Los cabellos.*—Presentan modificaciones que no pueden escapar á la atención del médico.

(1) En otro orden de ideas, se ha procurado tambien encontrar en los ojos, por medio del oftalmoscopio, los síntomas propios para averiguar el sitio y la naturaleza de la enajenación mental. Pero si este modo de investigación da signos precisos en los casos de tumores cerebrales, en las meningitis, no ha dado los mismos resultados en las frenopatías. Aparte de la pletora vascular observada por Ludwig y Wendl en los estados de excitación, no ha podido proporcionarnos ninguna dato general, apesar de los esfuerzos de Albutt, Jehu, Westphal, Tebaldi, Monti y otros.

En los casos graves, los cabellos sufren las más veces una alteración profunda en su color, en su textura. Los cabellos negros adquieren un reflejo rojizo como si estuvieran teñidos. Los cabellos rubios palidecen; los he visto algunas veces como quemados, que se caen al menor esfuerzo, dandando el cráneo, pero permaneciendo la raíz en el bulbo.

Algunas veces los cabellos se tornan lanosos, matesos. Los he visto amenudo muy secos en la punta, apesar de que los pacientes los tenían naturalmente grasosos.

Una señora sufría una gran tristeza morbosa que se presentaba periódicamente, dejando intervalos de una lucidez completa. Cuando su situación mejoraba, notaba ante todo un cambio que sobrevenia en el estado de sus cabellos; dejaban de estar secos y frágiles, y se tornaban relucientes, untosos. Este fenómeno llamaba siempre la atención de la familia.

En algunos casos los cabellos dejan de estar implantados sólidamente, se arrancan al menor esfuerzo. Como algunas veces es arrastrado el bulbo, resulta la calvicie.

13. En los sujetos fuertes, robustos y en la flor de su edad, las *dientes* sufren amenudo alteraciones profundas. En la demencia paraloiforme, los enfermos pierden en ocasiones todos sus dientes, unos despues de otros, sin que haya existido caries. En dicha enfermedad es donde se observa casi exclusivamente este fenómeno.

14. Hay cierta expresión de la cara que el médico debe conocer bien, y es la de los sujetos curados.

En un *enajenado curado* hay cierto bienestar indefinible que reina en toda su persona, y particularmente en las facciones, que se traduce en los ojos, en la mirada.

Esta situación contrasta con la expresión de una preocupación especial, que se deja notar en la frente, en las líneas que surcan las cejas, en la boca; si el hombre enajenado incompletamente curado, se revela en el lenguaje y en la elección de las palabras, en el tono de la frase, en el acento, en el timbre de la voz.

En la convalecencia, los indicios más ciertos se sacan de una expresión de bienestar, de benevolencia.

15. *Los movimientos de la lengua* merecen una atención particular. Los movimientos fáciles de este órgano, la volubilidad en la locución, la claridad en la entonación, la limpieza en la expresión, anuncian una falta de congestión del estado orgánico del cerebro.

La lentitud de la palabra, la debilidad de la voz, la falta de acentuación, la vacilación al pronunciar, el desorden que reina en la sucesión de las palabras, son otros tantos fenómenos que tienen un gran valor para la apreciación del diagnóstico. Designan a menudo los casos muy graves.

El enfermo que en este instante os presenta, padece lo que se llama una parálisis general; deseo haceros notar la vacilación que experimenta para pronunciar las palabras y encajarse las frases.

Estos signos ofrecen una importancia considerable bajo el punto de vista del pronóstico; anuncian la excesiva gravedad de la afección, la existencia probable de una alteración del tejido cerebral; una palabra clara, limpia, precisa, anuncia generalmente lo contrario.

16. Ya cabeza en su conjunto, la frente, su elevación, su depresión, su inclinación, las deformidades, las bellas formas del cráneo, merecen también una atención especial, sobre todo cuando se trata de apreciar la enajenación mental con relación á las disposiciones congénitas.

TERCERA PARTE

PRESENTACION DE UNA SERIE DE ENFERMOS

B. Actitudes, gestos y movimientos.

Del exámen de la cara pasad al de los actos.

1. El sistema muscular locomotor es á la moral lo que la lengua á las afecciones gástricas; es — permitidme la frase — el pulso que debe consultarse en las afecciones mentales cuando se trata de determinar el estado de las fuerzas del *sensorio comun*.

En vez de oger la mano, el brazo del enajenado, como lo haria el médico en el exámen de una enfermedad cualquiera distinta de la enajenacion, éste debe poner una atención especial en la acción angular, sobre todo en la de los extensores. Por la apreciación de los actos locomotores conseguireis a menudo conocer el grado de curabilidad ó de incurabilidad de la afección.

2. La excitación cerebral y el quebrantamiento de las fuerzas morales se traducen directamente en los músculos voluntarios.

La actitud del viejo marca la pérdida de fuerzas que el cerebro espinal ha experimentado. La cabeza inclinada sobre el pecho, la espalda abovedada, la eminencia de las articulaciones anuncian en él, como en el enajenado, un estado de prostración.

Encontrareis en todos los establecimientos algunos maniacos que rechazan sentarse en los bancos y las sillas, pero á los cuales hallareis siempre sentados en el suelo, con la barba apoyada sobre las rodillas. Esta posición, que siempre procuran tomar, es digna de tenerse en cuenta; anuncia un fatal progreso del mal, una enorme disminución en la suma de curabilidad.

3. La inclinación de la cabeza *hacia delante* es casi siempre el primer indicio de una demencia incurable; se refiere á la relajación de los músculos extensores del cuello.

Mientras dura la excitación en la moral, mientras las fuerzas cerebrales no se han abolido, el enfermo lleva la cabeza en un estado de rectitud á la manera de un hombre que se encuentra en la fuerza de su edad y bajo la influencia de un excitante que le anima.

4. Ahora bien, cuando hayais examinado al enajenado para conocer la extensión de su mal, le examinareis también bajo el punto de vista del estado de sus fuerzas; y en este sentido, lo repito, no es el pulso cardíaco, sino mas bien el pulso de la locomoción el que os guiará.

La actitud que toma el enajenado, la propensión que ofrece á sentarse ó á acostarse, la eminecia que forman las rodillas, la aproximación de sus manos, la posición especial que ocupa, son signos de una gran importancia.

Hé aquí tres sujetos atacados de demencia que os representan la actitud de que voy á hablaros.

5. Sin embargo, no puede confundirse este estado con las situaciones que pueden ofrecer con él cierta analogía.

Hay en los enajenados una tensión, una inmovilidad, que debe distinguirse de la relajación muscular perteneciente á la debilidad y á la parálisis. En muchos enajenados que se encuentran al parecer en un estado de prostración, hay tensión muscular. Tomando la mano, el brazo de los enfermos, se experimenta cierta resistencia, cierta dificultad para extender el miembro.

Tal estado dista mucho de tener la significación que presenta en

el caso de que hace poco hablaba; anuncia un desorden particular del sistema nervioso.

6. Nada más raro en los enajenados que la parálisis parcial de los músculos de la cara y la de los miembros.

En vano buscaréis aquí, en este establecimiento, contorsiones de la boca, depresiones parciales de un párpado, desviaciones de la lengua. Observaréis depresiones musculares, veréis la parálisis de toda la vida de relación, encontraréis también convulsiones epilépticas ó epileptiformes, pero la parálisis aislada, parcial de un grupo muscular, sólo en casos accidentales se presentará á vuestra observación. Sin embargo, debemos hacer una excepción á favor de la enajenación que reconoce por causa una alteración cerebral sífilítica; a menudo se encuentran parálisis localizadas en ciertos grupos de músculos de la cara.

7. En ocasiones existe una energía pasmosa en la acción muscular; los enfermos levantan con notable facilidad fardos muy pesados y desarrollan en la lucha una fuerza y una energía de que serían incapaces en estado de salud.

Este aumento de la energía muscular pertenece á la excitación mental.

8. Otro signo no ménos digno de atención es la facilidad, la laxitud, la coordinación con que se verifican todos los movimientos del cuerpo.

Tal estado se presenta a menudo como síntoma precursor de un estado más violento. Anuncia durante los intervalos lúcidos un acceso maníaco que debe estallar, y en la convalecencia es el indicio de una curación incompleta.

9. En otros, un principio excitador parte de los centros como influjo motor.

Existe una excitación muscular, una especie de irritabilidad; en tales casos, se trata más bien del modo convulsivo. Pero aquí la acción es espinal, si puedo expresarme así; es cerebral, mental; consiste en impulsiones continuamente transmitidas á los instrumentos de la locomoción. Verdad es que el fenómeno puede limitarse simplemente á proyectos, órdenes que el enfermo no ejecuta.

10. El gesto por sí sólo anuncia la pasión que domina al enfermo. Cada pasión tiene su gesto.

El enajenado erótico toma actitudes especiales; pone todo su cuidado en el arreglo de su cuerpo. La familiaridad con que la mu-

jar aborda al primer hombre que se presenta, hace reconocer casi á primera vista una pasión erótica. Hay en los dedos de esta persona un movimiento particular; comprime suavemente la mano al cogerla. Amenado toda la erotomanía consiste en este movimiento precursor.

Se reconoce al enajenado orgulloso por el gesto y la actitud de su cabeza, que dirige imperiosamente hacia atrás, por la rigidez que reina en todo su cuerpo.

El enajenado religioso se anuncia por una actitud especial de humildad, de concentración.

11. Comprenderéis cuán importante es todo esto cuando se os llame para resolver una cuestión que interese á las leyes; cuán indispensable es procurar estudiar bien los actos de los enajenados, su manera de estar de pié, de andar, para poder establecer un diagnóstico cierto.

Así, los criminales fingen muchas veces la locura para escapar-se de la acción de las leyes: llamado el médico, debe decirle: si no conoce los gestos, los actos del hombre enajenado, puede permanecer en la duda; sentando su insuficiencia, puede emitir una opinión funesta para la sociedad, para el acusado, y a menudo comprometer su reputación.

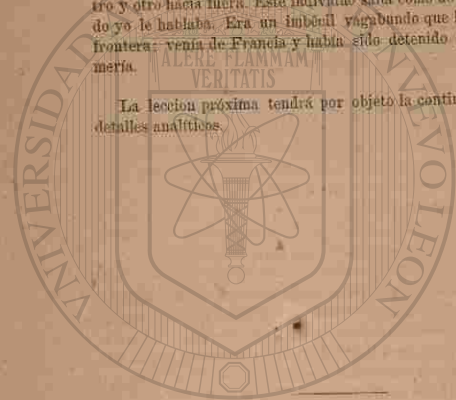
12. En ocasiones el médico es llamado para ver á niños todavía jóvenes, á fin de dar su opinión sobre el estado moral de los mismos. Estos niños son mudos, se hallan en la imposibilidad de responder; se quiere saber si este estado se refiere á su mutismo propiamente dicho, ó á otra causa. Pero el sujeto oye; se entrega á los movimientos más desordenados, se aguesta sobre el suelo, salta por las sillars, no escucha las amonestaciones de nadie. Esta gesticulación por sí sola anuncia el idiotismo.

A menudo sólo queda esta apreciación para determinar la situación real del enajenado. Esta expresión exterior refleja el estado interno con una rapidez asombrosa. Así, hay situaciones en que el enajenado no quiere responder; hay otras en que los enfermos hablan una lengua que no comprendéis. El gesto, en semejantes casos, ofrece una importancia mucho mayor. Hace poco tiempo se me presentó un muchacho que hablaba un dialecto que nadie comprendía aquí. La dirección del establecimiento le consideraba como enajenado; la administración de la ciudad le creía vagabundo. Un empleado de la policía se presentó para obtener una respuesta decisiva. Era necesario resolver la cuestión y responder sí ó no. Yo dije: sí, el su-

jeto pertenece á los enajenados. Me guié en este exámen por la inspección exterior.

El muchacho en cuestión presentaba el aspecto de un imbecil: las manos en los bolsillos, la cabeza inclinada hacia un lado, no me miraba, me volvía casi la espalda; un pié estaba dirigido hacia dentro y otro hacia fuera. Este individuo salta como de un sueño cuando yo le hablaba. Era un imbecil yagabundo que había pasado la frontera: venia de Francia y había sido detenido por la gendarmería.

La lección próxima tendrá por objeto la continuación de estos detalles analíticos.



LECCION SEGUNDA

CUARTA PARTE.

CC. *Apreciación de la palabra.*

PRESENTACION Y EXÁMEN DE UNA SERIE DE ENFERMOS.

1. ¿Qué pensar de esta joven enajenada que tendis á la vista, que marcha como una persona de inteligencia sana, que no presenta en sus acciones nada de anormal, que hasta se ocupa de ciertos trabajos, algunas veces con un cuidado, con un esmero que causan la admiración de cuantas personas la ven?

Esta mujer se halla profundamente alterada.

El desórden parte de una esfera elevada del dominio de la inteligencia; reina en las ideas, y como tal puede estar limitado á concepciones espaciales, sin influir en manera alguna sobre los gestos ó la expresion de la fisonomía.

2. Ahora bien, si se os presenta un enajenado que no anuncie en su exterior ni tristeza, ni descontento, ni imbecilidad, ni alegría, ni terror, las más veces no tardaréis en describir un desórden grave.

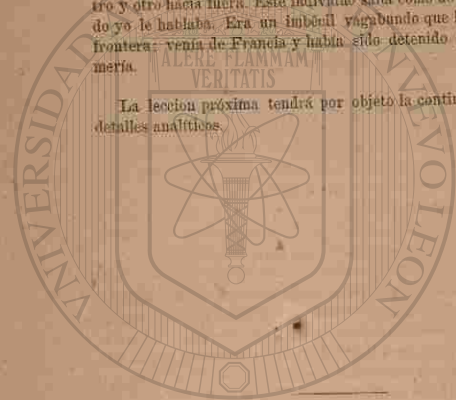
3. Nada es tan notable como las respuestas.

Apénas este enajenado, en cuya cara no se observa nada de particular, ha dicho una sola palabra relativa á su enfermedad. Sólo lanza acusaciones contra los empleados de la casa, contra los hermanos ó hermanas. Ellos, dice, han fulminado un anatema contra él, ellos le han hecho desgraciado.

jeto pertenece á los enajenados. Me guié en este exámen por la inspección exterior.

El muchacho en cuestión presentaba el aspecto de un imbecil: las manos en los bolsillos, la cabeza inclinada hacia un lado, no me miraba, me volvía casi la espalda; un pié estaba dirigido hacia dentro y otro hacia fuera. Este individuo salta como de un sueño cuando yo le hablaba. Era un imbecil yagabundo que había pasado la frontera: venia de Francia y había sido detenido por la gendarmería.

La lección próxima tendrá por objeto la continuación de estos detalles analíticos.



LECCION SEGUNDA

CUARTA PARTE.

CC. *Apreciación de la palabra.*

PRESENTACION Y EXÁMEN DE UNA SERIE DE ENFERMOS.

1. ¿Qué pensar de esta joven enajenada que tendis á la vista, que marcha como una persona de inteligencia sana, que no presenta en sus acciones nada de anormal, que hasta se ocupa de ciertos trabajos, algunas veces con un cuidado, con un esmero que causan la admiración de cuantas personas la ven?

Esta mujer se halla profundamente alterada.

El desórden parte de una esfera elevada del dominio de la inteligencia; reina en las ideas, y como tal puede estar limitado á concepciones espaciales, sin influir en manera alguna sobre los gestos ó la expresion de la fisonomía.

2. Ahora bien, si se os presenta un enajenado que no anuncie en su exterior ni tristeza, ni descontento, ni imbecilidad, ni alegría, ni terror, las más veces no tardaréis en describir un desórden grave.

3. Nada es tan notable como las respuestas.

Apénas este enajenado, en cuya cara no se observa nada de particular, ha dicho una sola palabra relativa á su enfermedad. Sólo lanza acusaciones contra los empleados de la casa, contra los hermanos ó hermanas. Ellos, dice, han fulminado un anatema contra él, ellos le han hecho desgraciado.

En ocasiones el trastorno puede estar oculto, y las respuestas del paciente dejan de la indecisión al hombre más experto. Cuando no se conoce la vida del enfermo, sus antecedentes, se necesita un tiempo bastante largo antes de que se pueda formar un juicio conveniente.

Esto ya lo he dicho en la lección anterior.

4. Semejantes dificultades existían siempre que el trastorno intelectual interesase particularmente el carácter moral del enfermo, sus gustos, sus deseos, sus antipatías, sus simpatías; se presentaban siempre que el trastorno se redujera a una simple depresión de las facultades intelectuales, á cierto grado de excitación de las pasiones, sin perturbación previa de la inteligencia, del razonamiento, del juicio, de las ideas.

5. Por eso el médico debe saber familiarizarse con los discursos de los enajenados, aprendiendo á comprender bien la expresión morbosa inherente á las palabras. Cuando el enajenado dice que es un hombre perdido, que ha ofendido al cielo, que ha faltado á su deber, conviene generalmente no creer nada de lo que dice: semejantes frases son patológicas. Las ideas de persecución, de sensación, anuncian una enfermedad moral. El enfermo se engaña sobre el origen del malestar que experimenta.

6. La cuestión merece un examen más serio cuando se trata de comprobar la curación, cuando se trata de enviar á un convaleciente á su casa. Sucede á menudo que dichos síntomas le han abandonado al parecer; el paciente no dice una sola palabra fuera de razón, y se le cree curado. Pero pasa por delante de vosotros sin dirigiros un saludo afectuoso; está retirado tranquilamente en su habitación; rehusa ponerse delante del médico y hasta rechaza ver á su antiguo amigo, á su pariente. Su cara parece algo irritada. Su enfermedad se halla condensada en cierto modo. Se le habla: «Conoce, dice, sus maquinaciones; no es su amigo; todo lo sabe. No ignora que hay alrededor de él *franceses*; pero él sabe que hay un Dios, puez no es de los que no tienen religión.» Dicho enfermo no está curado; de vez en cuando su conversación revela un desorden que no tardara en manifestarse.

Algunas veces sirve mucho al médico escuchar estos discursos, estos monólogos. Una sola palabra recuerda todo un delirio anterior. Conviene tenerlo muy en cuenta.

En la convalecencia se necesita á veces toda la sagacidad del

médico alienista, toda su experiencia cuando se trata de decir: este hombre se halla curado.

EJERCICIOS PRÁCTICOS.

7. He aquí una mujer á quien voy á interrogar, y cuya palabra anuncia una convalecencia que no es franca.

Yo. Ya no estará V. mucho tiempo en el establecimiento. ¿Qué le parece á V.?

La enferma. Creo lo mismo que V. Por lo demás, ignoro con qué derecho se me retiene aquí.

Yo. Se trata de vuestra curación.

La enferma. ¿De mi curación! Hé aquí lo que me decís todos los días. Pero, ¡probadme que estoy enferma! Yo como bien, duermo bien, trabajo bien...

Yo. No, V. no trabaja; V. no hace nada en todo el día.

La enferma. Es claro. No trabajo, porque no necesito trabajar; que se me deje partir y entonces verá V. Usted me retiene aquí, y es indudable que para ello tendrá sus motivos. Le han dicho á usted cosas que no son ciertas. Yo sé que tengo aquí muchos enemigos, gentes que os dan malos informes de mí.

Esta última frase exhala las ideas morbosas: son importantes de conocer. Esta enferma no puede obtener su libertad.

8. Pero hay aquí otra mujer á quien considero enteramente curada. Vosotros juzgaréis por sus respuestas.

P. ¿No está V. triste cuando se encuentra sola? ¿Duermes V. bien por la noche?

R. Sueno mucho y duermo mal.

P. ¿Esta V. contenta? ¿No tiene ningún motivo de queja? ¿Se comete con V. alguna injusticia bajo esta punto de vista?

R. ¡Oh! No, señor. Se me quiere, se me cuida perfectamente.

P. (A la hermana de la Caridad que la cuida.) ¿La enferma vive en paz con todo el mundo?

R. Es apacible y tranquila: no demuestra cólera ni tristeza. ¡Es tan buena!

P. (A la misma.) ¿Se levanta por la mañana, se viste sola, trabaja con asiduidad, se conduce bien en el refectorio, en el dormitorio?

R. Sí, señor; se porta como una persona que goza toda su razon.

Pero ¿cuál es el valor de este término? ¿Cuál la función que designa?

La inteligencia puede estudiarse bajo dos acepciones:

La de un término general.

La de una función especial.

Nosotros la consideramos aquí bajo este último punto de vista.

La inteligencia no es el raciocinio, no es el juicio; es un sentido apreciado, un sentido psíquico que reconoce, comprende desde luego sin esfuerzo. Desde el momento en que hay esfuerzo, cálculo, ponderación, hay raciocinio. La facultad inteligente es una cualidad innata: el hombre inteligente concibe con la velocidad del rayo. Conoce las cosas sin cálculo, sin mecanismo, como el animal, como el pájaro por ejemplo, que comprende la falta de resistencia del agua, sobre la cual no puede reposar; como las gallinas, que corren por nuestras calles y saben librarse de los pies de los transeúntes y de las ruedas de los carruajes. El hombre inteligente comprende también muchas cosas por instinto, lo que se le ve a decir.

14. Interrogareis, pues, al enfermo, para conocer el estado de su inteligencia, el de todas sus facultades mentales. Le hablareis de los motivos que le han conducido al establecimiento en que se encuentra. Procurareis saber hasta qué grado se halla comprometida en él la facultad de comprender; sabreis si concibe su posición, si ignora que está enfermo de espíritu, si tiene nociones sobre las causas, la invasión y los progresos de su enfermedad; vereis hasta qué punto es capaz de apreciar las diferentes circunstancias que se refieren á su situación.

15. El enajenado es inteligente si vuestras preguntas penetran hasta su fuero interno.

No es necesario que os comprenda, no puede comprenderos; pero dará pruebas de su inteligencia si os dice que no comprende.

La inteligencia, pues, es una facultad que se halla en armonía con el yo. Es el acto del alma que conoce la condición del objeto, que se identifica con ella, la comprende, la juzga.

El enajenado posee inteligencia si sabe arreglar su habitación, si cuida sus vestidos, si sabe darse cuenta de lo que ve, si sabe cómo funciona tal ó cual utensilio.

Pero su inteligencia podrá estar comprometida en tal ó cual punto, y permanecer intacta en una gran esfera de operaciones mentales.

16. El enfermo puede ofrecer una inteligencia completa para todos los objetos que interesan sus sentidos; puede ser perfectamente inteligente para todo lo que constituye sus relaciones, sus impresiones exteriores, y, sin embargo, no puede comprender un motivo abstracto ó su propia situación de enajenación.

Este es aménudo el *punctum cecum* de la retina intelectual. Observaremos aménudo que el hombre puede estar enajenado sin dejar de ser inteligente.

Ahora bien, nunca me cansaré de deciros cuánto importa conocer estos desórdenes parciales del entendimiento, esas especies de tribulaciones del espíritu. En esto, propiamente hablando, consiste aménudo la enfermedad; y, por lo tanto, tales situaciones ofrecen mucho interés, sobre todo bajo el punto de vista médico-legal. Todos los días, estos pacientes se dirigen á la administración de justicia para obtener la cesación de las medidas que han motivado su secuestro. Todos los días también los jueces, los miembros de la familia, el médico no experimentado, pueden equivocarse por falsas apariencias de integridad intelectual. El enfermo se explica con moderación, con conveniencia; os da á conocer los motivos que le llaman al seno de la familia, os dirige quejas contra los que le tienen injustamente encerrado, contra un pariente, contra un antiguo amigo, contra un bienhechor. Sólo penetrando bien en la moral de este hombre se conseguirá descubrir su situación patológica.

En el exámen que se hace sufrir al enajenado, es conveniente hacerle comprender su enfermedad. Haciéndole concebir que no siente, que no piensa, que no obra como las demás personas, tenemos un paso ganado hacia la curación, se ha combatido en él uno de los síntomas fundamentales de la enajenación mental.

17. Para conocer el grado de la inteligencia, ireis de lo sencillo á lo complicado.

Preguntareis al enfermo: ¿Vuestro nombre, el nombre de vuestro padre y vuestra madre?

¿Me conoce V.?

¿Dónde habita V.?

¿Cuánta distancia hay desde su casa de V. á tal ó cual sitio, tal ó cual monumento?

¿Por qué no trabaja V.?

¿Por qué al venir aquí ha abandonado V. á su marido, á su mujer y á sus hijos?

¿Qué tiene V. en el ojo? Ensenáame V. el ojo derecho, el ojo izquierdo, la mano izquierda, la mano derecha.

¿Qué edad tiene V.?

¿Qué edad cree V. que tengo yo?

¿Qué tal le parece a V. el tiempo que hace?

¿Cuándo se le dice a V. que está enfermo, qué cree V.?

¿Por qué ha venido V. a este establecimiento?

¿Cómo se llama este cuartillo y cómo esta señora? ¿Cómo se llama esta calle, esta iglesia, este río?

Tales son, en mi concepto, las primeras exploraciones que debon hacerse.

18. Penetrando más allá hasta el dominio del raciocinio, se pregunta al enfermo cuánto tiempo cree que debe residir en el establecimiento. Además se le dice:

¿Qué cree V. que debe hacer para salir de aquí?

V. a los sujetos estúpidos: Yo tengo nueve manzanas y le doy á V. cuatro, ¿cuántas me quedan? Tengo cinco francos; si me meto tres en el bolsillo, ¿cuántos quedarán en la mano?

Si yo quito una manga del vestido de V., ¿cuántas quedarán?

Si su padre de V. ó su madre le echáran á la calle, ¿dónde iría usted á alojarse?

Si un hombre cayera al agua en presencia de V., ¿qué haría V.?

¿Se puede jurar, se puede matar? ¿Por qué no se puede jurar y matar?

19. Si el enfermo es inteligente, se ve por sus respuestas, por sus acciones y por sus ojos, que comprende.

Le preguntareis:

¿Qué tal tiempo hace?

¿Cómo es el pan que V. come?

¿Cómo se encuentra su mujer de V., su padre, su madre, su tío?

Quando el enfermo tiene concepción, obtendréis una respuesta que se referirá á vuestra pregunta.

El enfermo dirá:

Hace un tiempo bueno ó malo.

El pan es malo ó bueno.

Mi mujer me tiene con gran cuidado ó no me acuerdo de ella.

20. Si la facultad de comprender está debilitada, esta situación reacciona sobre el que pregunta y le obliga casi siempre á esforzar la voz. Hé aquí un termómetro moral que marca el grado de

concepción de que se halla dotado el enfermo. Es conveniente, pues, prestar una gran atención á la voz del que interroga.

Si grita al hablar al enfermo, esto indica que no le comprende ó sólo le comprende difícilmente. Hay un esfuerzo instintivo de la persona que interroga, para elevar la voz como si hablara á un sordo siempre que el enajenado no lo oya.

Es que hay una sordera de la inteligencia, como hay una sordera musical por ejemplo, en el que no tiene oído.

Hay otro detalle que merece una atención especial, y es la naturalidad de las preguntas que se dirigen al enfermo. Cuando la inteligencia de éste se halla en un nivel inferior, el que pregunta no sólo esfuerza la voz, sino que habla al enajenado como si se dirigiera á un niño. Es, pues, de la mayor importancia que el médico observador se penetre bien de la escena que se desarrolla ante el alrededor del enfermo.

21. El enajenado que no reconoce á su hermana ó hermana, que no sabe dónde está, que llega á ignorar que tres y tres son seis, que cuando se le habla blanco responde negro, ha perdido la inteligencia, y al mismo tiempo la memoria y el raciocinio.

En esta situación puede ofrecer caracteres regulares, una integridad en las funciones de los sentidos. Puede ver á su padre y no reconocerle, puede verle morir y no conmoverse. El mismo podría ir derecho hacia el fuego, hacia un río, sin tener inteligencia ni voluntad para librarse de una muerte cierta.

22. En este género de investigaciones, se necesita mucho ejercicio y bastante hábito; también deben observarse ciertas conveniencias.

Así, no se harán á los enfermos inteligentes preguntas pueriles en el género de las que acabo de indicar, como tampoco se harán preguntas lógicas, logográficas á enajenados idiotas.

23. Cuando se trata de personas enajenadas acusadas de crímenes, cuando se presenta cualquier cuestión médica legal, la investigación de que os hablo ofrece un gran valor. La imperfección en los medios intelectuales es lo que importa averiguar, conocer, y lo que contribuye á quitar al enfermo la responsabilidad de sus actos. Por esto nunca se estudiarán bastante ora en estado natural, ora en estado morboso las manifestaciones de la inteligencia. Pero los estudios ideológicos del médico alienista deben ser esencialmente prácticos, experimentales. Pueden verificarse, como acabamos de decir,

en los hombres sanos de espíritu, sin que sea necesario buscar sus tipos en la clase de los enajenados. Debe aprender á saber bien lo que es la inteligencia, la razón, el juicio, la reflexión, la conciencia, la voluntad, la libertad moral, la imaginación, la memoria, la pasión, la emoción.

24. La falta de libertad moral se deducirá del conjunto de los actos del enfermo, de sus extravagancias, de sus errores.

Se deducirá también de sus respuestas, cuando dice que no puede conducirse como quisiera; se deducirá, por último, de las pruebas á que le sometáis. Le prometeréis la libertad á que aspira, siempre que deje de manifestar tal ó cual idea, tal ó cual acto. No podrá las manifestaciones mórbidas se presentarán siempre, aun cuando el enfermo desee verlas cesar.

25. No debemos olvidar señalar lo que generalmente se llama el juicio. El juicio se encuentra en el fondo de todos los actos, de todos los pensamientos del enfermo. El juicio no es una facultad exclusiva; se compone de casi todos los actos del entendimiento. En el sentido que se le atribuye generalmente, se dirige lo mismo al raciocinio que á la memoria. El ejercicio de la facultad de juzgar es, pues, un acto mucho más complejo de lo que pudiera creerse. Sirve para no confundir la unidad de las fuerzas intelectuales. La misma reflexión que es si no un juicio practicado sobre nuestros propios actos, sobre nuestros propios sentimientos, sobre nuestras ideas?

El sentido de reflexión, la conciencia, está algunas veces completamente intacta en las enfermedades mentales, aunque de las desordenes graves que pueden reinar en otras facultades de la inteligencia. El médico debe saber reconocer este estado, apreciarle en su justo valor. Así, en muchos casos de melancolía, el enajenado conserva bastante tiempo la facultad de comprender su propia situación. Si un enfermo pobre os habla de sus riquezas con el acento de la persuasión, no es consciente, no sabe lo que se dice. Si un enajenado delirante se llama rey, emperador, su sentido de reflexión se halla en estado de oscuridad. Pero si os dice: yo pierdo el espíritu, yo me siento bajo el dominio de un dolor que no puedo vencer ni comprender, experimento la necesidad de poner fin á mis días, etc., estas últimas insinuaciones anuncian un estado de integridad de la conciencia. La expresión yo merezco, pues, en medio de las respuestas del enfermo, una atención especial; este pronombre

personal os indicará amenudo un estado del alma normal ó anormal. Provocad, pues, respetadas, las cuales puedan servir de brújula.

26. Hay estos interrogatorios que dirigís á los enfermos un punto acerca del cual creo conveniente llamar vuestra atención: es la memoria.

Amenudo esta facultad presenta en la enajenación mental una exaltación pasmosa, notable; los enfermos se acuerdan de todo, y entran sobre todos los puntos en los detalles más minuciosos.

Esta situación coincide ordinariamente con una exageración general de las ideas y de la voluntad. Pertenece principalmente á la manía y es muy fácil de comprobar.

Ahora bien, tan pronto como observéis semejante exaltación de la memoria, debéis reconocer un estado activo de las fuerzas mentales, debéis creer que el entendimiento no ha experimentado aún pérdidas reales bajo el punto de vista de sus fuerzas.

27. Pero preguntad á cualquier otro enfermo su edad, el lugar de su domicilio, el número y nombre de sus hijos, el tiempo que ha permanecido en el establecimiento, el nombre de la calle en que habita, el de su padre, su nombre, el nombre del rey, y no sabéis responderos. Anunciado por la mañana una noticia que pueda interesarle vivamente, y al día siguiente, y aun aquella misma tarde, una hora, quizás algunos minutos después, no la recordará.

Esta debilidad es menos marcada para los recuerdos que para las impresiones recientes; amenudo los enfermos saben contar sus historias que se refieren á su infancia, á los primeros años de su vida, y no retienen ninguna de las sensaciones que han experimentado poco tiempo antes.

Dicha debilidad de la memoria anuncia una excesiva gravedad. Indica tres grandes pérdidas en la energía intelectual, y caracteriza amenudo la incurabilidad de la enfermedad, sobre todo si es expresión de un estado crónico ó si acompaña al mismo tiempo una vacilación en la palabra y otros signos de una parálisis general.

28. Debo decir os cuánto importa, en el interrogatorio, no hacer preguntas al acaso, sino saberlas dirigir de modo que se percutan las diferentes funciones de la moral. Todo práctico puede elegir con este objeto el método que le parezca más conveniente y que se halla más en relación con su manera habitual de decir y hacer.

El mejor consiste en ponerse de acuerdo, *al misino*, con el en-

fermo, empezando por alguna ligera conversación que le tranquilice y aleje toda sospecha de su espíritu.

29. Despues se procurará agrupar las preguntas alrededor de algunas palabras, de las cuales se hacen frases que puedan interesar al enajenado. Tales palabras son, por ejemplo:

- ¿Por qué?
- ¿Cómo?
- ¿Desde cuándo? ¿Dónde?
- ¿De qué moda? ¿Cuántos?

30. El *por qué* sirve para medir el grado de inteligencia del enfermo.

- ¿Por qué está V. aquí?
- ¿Por qué ha abandonado V. su casa?
- ¿Por qué no va V. á su casa?

31. El *cómo* da á conocer más particularmente la facultad del raciocinio, del juicio.

- ¿Cómo hace V. esto?
- ¿Cómo hace V. aquello?

32. Desde cuánto, donde, se dirigen á la memoria.

- ¿Desde cuándo está V. casado?
- ¿Cuándo saldrá V. de aquí?
- ¿Por dónde ha pasado V. para venir aquí?

33. Cuánto se dirige al cálculo.

- ¿Cuánto gana V. cada día?

¿Cuántas monedas de dos francos se necesitan para formar un total de 16? ¿Cuántas horas tiene un día y una noche?

34. Para apreciar el valor del medio que indica, se necesita haber comprendido todo lo que tiene de difícil la posición del médico cuando se encuentra en presencia de un paciente á quien no sabe qué decir.

Regla general: si el enajenado rechaza responder, déjale de preguntar.

Ahora bien, si sabeis formular vuestro interrogatorio, si sabeis dirigir vuestras preguntas de modo que comprendan la fenomenología de la enfermedad, el grado de libertad, de reflexion y de irresponsabilidad del enajenado, al estado del cerebro en sus relaciones con las alteraciones orgánicas, habreis dado un paso en la ciencia practica de las enfermedades mentales.

35. Para conocer hasta qué punto el estado mórboso modifica

la voluntad, *ese poder de mandar á los músculos y de tomar una determinación*, se puede decir al enfermo.

- Míreme V.
- Levántese V.
- Séntese V.
- Deme V. la mano.
- Cierre V. la puerta.
- Deme V. esa silla.
- Enséñeme V. la lengua.
- Traiga V. su sombrero.
- Búsqueme V. esto; búsqueme V. aquello.

Se le debe mandar que haga la cama, que componga sus vestidos.

Conviene tambien ver, á las horas de las comidas, qué enfermos comen mucho y cuáles poco.

Los que en todo se retardan son hombres profundamente alterados, imbéciles ó debilitados por la enfermedad.

Una falta de iniciativa les caracteriza.

Una inapititud para el trabajo les hace reconocer tambien.

La imposibilidad de tomar una resolución cualquiera, es uno de los fenómenos más evidentes de su enfermedad.

Si el enfermo obedece, da pruebas de su inteligencia y de cierta libertad de la voluntad. Si por la mañana se levanta á la hora prescrita por el reglamento, cuida su tocado y se pone los vestidos sin que sea necesario ayudarle, tiene espontaneidad.

36. La exaltación de las fuerzas impulsivas del cerebro, de la voluntad, es notable en muchas enajenaciones mentales. Es la señal de retorno de los accesos mórbidos.

Algunos enfermos que durante muchos meses habian permanecido retraídos y tranquilos, se presentan de repente á la visita, pretenden que deben salir para ocuparse de sus negocios, que deben comprar ó vender una propiedad; dicen que es necesario que vayan á ver á su mujer, á un amigo, un notario ó un abogado. Se les encuentra levantados y vestidos desde muy temprano, dan vueltas por la casa, se les encuentra en todas partes.

Estos presentan una exaltación de la voluntad.

La voluntad, tan manifestamente comprometida en todos los enajenados, es una poderosa facultad, interviene en el juicio; ella es la que fija la atencion, la que recuerda los hechos en la memoria.

Nosotros podemos por nuestra voluntad estimular nuestra imaginación. Se encuentra poderosa ó imperiosa en las pasiones, que somos capaces de deprimir ó exaltar. Lo que le caracteriza ante todo es una gran movilidad. Es de la mayor importancia para el médico dar cuenta de todas las anomalías que tal facultad pueda presentar en los enajenados. Ya veremos más adelante, al entrar en detalles, cuán frecuentes son estas anomalías.

37. Si queráis saber si el enfermo posee la *atención*, no perdáis de vista sus ojos cuando os habla. Si os escucha, si sus ojos viscerales se encuentran con los vuestros, si responde sin vacilar, es porque posee la facultad de atender. Pero si no os mira, si no se ocupa de vosotros, si en vez de responder á vuestras preguntas os hace proposiciones que no tienen relación con las preguntas que le dirigís, podéis asegurar que está más ó ménos comprometida dicha facultad.

La falta de atención y de voluntad no anuncia generalmente una disminución de estas facultades; amenudo la incapacidad se refiere á un desórden de las funciones, y otras veces á un estado muy activo. Para poder asegurar que tales fenómenos son la expresión de la debilidad, se necesitan signos tomados en los rasgos y actitudes de los enfermos.

D. El estado visceral.

1. Debemos despues del examen familiarizarnos con los diferentes cambios de actividad, de energía, de volumen y de ritmo que el pulso puede presentar.

2. El pulso ofrece rara vez en los enajenados, como os he dicho, la misma importancia que en los demas enfermos. En estos últimos es generalmente un guía seguro en la apreciación de las fuerzas; establece el caracter patognomónico de las afecciones esténicas ó asténicas, da á conocer las perturbaciones de la inervación, las enfermedades del centro circulatorio.

En los enajenados, el pulso no da indicios ciertos; sus anomalías son poco variadas y apenas suministran induraciones de importancia para el tratamiento. No presenta caracteres generales, y su estudio solo tiene alguna significacion en los casos aislados. Sin embargo, el pulso ofrece cierta importancia práctica en estos enfermos. En muchos casos, el enajenado puede presentar todos los síntomas de un estado que anuncie una enfermedad corporal. Solo la explo-

ración del pulso indica amenudo al práctico el retorno de un acceso ó una convalecencia incompleta. El esfigmógrafo ha dado un nuevo impulso al estudio del pulso en los enajenados. Los recientes trabajos de O. J. B. Wolff son muy notables bajo este punto de vista. Despues de haber establecido, por medio de las indicaciones precisas del instrumento, el pulso normal y sus variedades en el hombre sano, en la edad viril y la vejez, opone el pulso propio de los enajenados, sobre todo en los casos crónicos y en el período de postración. La paresia de los vaso-motores que se observa en estos enfermos, concluye por desarrollar una lentitud característica del pulso, que es, segun la experiencia del autor antes citado, por decirlo así, la consecuencia obligada de todas las metamorfosis, de todas las variedades que se han encontrado en los enajenados.

3. Despues de la exploración de la moral, despues de la del pulso, debemos pasar revista á las vísceras, interrogar al estómago, al intestino, el hígado, los riñones, los pulmones, el corazón, la médula espinal, los órganos de los sentidos, fijándonos asimismo en el sueño. Del propio modo conviene averiguar el peso general del cuerpo. Por lo general, al principio de las afecciones mentales agudas el enajenado pierde de su peso. Segun Erlenneyer, esta disminución ofrece una grandísima importancia para el pronóstico y el diagnóstico. Dicho observador cree que, cuando no se observa esta disminución del peso al principio, es indicio de que no se trata de un enfermo que padezca una afección psíquica primaria, sino de un individuo en el que existía ya un estado patológico anterior y en el cual ha sobrevenido incidentalmente una afección cerebral. Otro hecho importante que resulta de los estudios de Nasse, Lombroso, Meyer, Schulz y otros, es que el cuerpo gana en peso en la época en que se presenta una modificación en el curso de la enfermedad mental; es decir, cuando se prepara la curación ó tiende á la demencia.

El examen de la temperatura del cuerpo ó la termometría, es tambien un método de investigación que puede dar notables resultados y que no debe abandonarse, si bien, á decir verdad, hasta ahora no se ha llegado á conclusiones prácticas de algun valor.

4. No insistire aquí sobre estos últimos detalles; os son ya conocidos por los estudios que habeis hecho de las enfermedades corporales.

Por lo demas, aprovecharé la ocasion oportuna para hablaros de ellos, siempre que convenga, en los casos especiales.

E. *La conmemoración.*—*Antecedentes recogidos.*

1. Entre los elementos que constituyen el examen a que se somete al enajenado, uno de los más esenciales es la conmemoración, que se compone de los antecedentes recogidos.

Comprende los datos sobre la vida del enfermo, su educación, su profesión, su estado civil, la duración de su enfermedad, las recaídas que ha experimentado.

Comprende asimismo todo lo que puede ilustrarnos respecto a las causas de la enfermedad, y bajo este punto de vista presenta una gran importancia.

Estos antecedentes sirven para guiarnos en el empleo de los remedios y en la apreciación de las enfermedades incidentales.

2. He aquí las preguntas que constituyen el cuadro impreso, al cual deben responder las familias y amigos de los enfermos que entran en esta establecimiento.

ESTABLECIMIENTO

D.E.

ANTECEDENTES

QUE DEBEN DAR LOS PADRES, TUTORES, AMIGOS

Y ESPECIALMENTE EL MÉDICO DEL ESTABLECIMIENTO

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. Nombre y apellido del enfermo.	
2. Nombre y apellido de sus parientes	
3. Grado de parentesco entre éstos	
4. ¿Están sanos ó enfermos?	
5. Lugar y fecha precisa del nacimiento del enfermo	
6. Sitio de su domicilio, población, calle y número.	
7. Estado civil (soltero, casado ó viudo de)	
(Lugar y fecha de su casamiento).	
8. Número y edad de los niños	
9. Profesión, posición social y modo de vivir habitual.	
10. Religión.	
11. Instrucción	
12. Carácter habitual durante el estado de salud; pasiones dominantes, debilidades, tendencias, aspiraciones, ocupaciones y distracciones predilectas.	
13. ¿No ha abusado de las bebidas alcohólicas?	
14. ¿A qué época se refieren los primeros indicios de la enfermedad?	
¿Por qué signos se reconoció en un principio la enajenación mental?	
¿Cuándo se notó la necesidad de separar al enfermo de su familia?	
15. ¿Es este el primer ataque, el segundo, el tercero, etc.?	
¿Fecha de las recaídas.	
16. El enfermo ¿ha permanecido en otros establecimientos?	
¿En cuáles?	
Fecha de la entrada y de la salida	

PREGUNTAS	RESPUESTAS
17. ¿Cuáles son los principales síntomas actuales? . . .	
¿Existe una idea fija? ¿Cuál es? ¿Grita, rompe? . . .	
¿La afección es continua, periódica ó proxi-sustita? . . .	
18. ¿El enfermo es peligroso?	
¿Le gusta el aislamiento ó busca la sociedad?	
¿El enfermo repugna comer?	
¿Desde cuándo?	
19. ¿Cuál es la causa probable de la enfermedad?	
20. ¿Hay en la familia personas nerviosas, histéricas?	
¿Atacas de emajonación mental?	
¿Con tendencia al suicidio?	
¿Predispositas á las congestiones cerebrales?	
¿Apopléjicas?	
¿Epi-lépticas?	
21. ¿El enfermo padece alguna otra afección ó aca-sa-que?	
¿Sufre una herida?	
¿Lleva un cauterio, un vejigatorio abierto?	
¿Padece una afección de la piel?	
22. ¿Tiene evacuaciones regulares?	
23. ¿El enfermo ha estado sometido á algún tra-ta-miento?	
¿Se le ha sangrado ó purgado?	
¿Ha tomado baños? etc., etc.	

Dado en de de 188

(Firma)

3. Tales son los antecedentes suministrados por los encargados de cuidar al enfermo que el médico debe consultar aménudo. Cuando se hace la visita en un establecimiento público ó privado, las palabras del enfermo suelen servir de guía; éste hace la historia de un día ó de una semana, y el médico puede comprender así la situación del enajenado.

El sólo aspecto del enfermo, sin ó acompañado de conmemorati-vos, es muy estéril bajo el punto de vista del diagnóstico.

Los conmemorativos ofrecen, sobre todo, una gran importancia en medicina legal. Estos antecedentes ofrecen mayor interés cuando practican el exámen los hombres de arte que no han conocido al enajenado en sus relaciones con la justicia, especialmente en esas formas difusas en que el paciente presenta apariencias de salud, en el periodo inicial, etc.

CARTAS ESCRITAS POR LOS ENAJENADOS

4. Un excelente medio para conocer el pensamiento íntimo del enfermo, es el exámen de las cartas que ha escrito.

Aun cuando todos sus actos y su palabra no anuncien un estado morboso, la palabra escrita revela aménudo tal estado. Es curioso consultar las cartas, las cuales casi siempre contienen expresiones que designan perfectamente el género de enfermedad que domina al enajenado.

Las cartas son aménudo incoherentes y llenas de exigencias. Generalmente están dirigidas bajo la forma de quejas á la magistratura, al burgomaestre, al procurador del Rey, á los ministros y aménudo al Rey. Otras veces describen proyectos más ó menos extravagantes.

No sólo estas cartas pueden conducir á investigaciones útiles por el conocimiento de los medios que dan á conocer, sino que constituyen también documentos preciosos bajo el punto de vista del papel empleado, de la manera cómo han sido trazadas, cómo se han cerrado, y, por último, por la dirección que llevan.

Así, las cartas están escritas con una mala pluma, los enfermos las pegan con migas de pan; son pedazos de papel, la márgen de un periódico doblado con la mayor negligencia; están dirigidas al Rey, á sus ministros, á un personaje distinguido. Esta manera de obrar anuncia la falta del sentido de las conveniencias, una escasa perspicacia; indico, en la mayor parte de los casos, un alto grado de la enfermedad.

¡hora bien; si dirigis la palabra á los autores de estos escritos, si les habláis sobre las ideas morbosas, veréis cuán pronto se des-bordan.

¿Quereis llegar á una evidencia mayor? Contrariad á este enfermo que sospecha, que acusa, y vereis con qué fuerza se declara su enfermedad.

Voy ahora á enseñaros algunas cartas que denotan en sus autores la la lesión de la mayor parte de las funciones del entendimiento...

Me detengo en este punto, porque temo fatigar vuestra atención. En efecto, la sesión ha sido larga, pero no podía ser otra cosa dada la índole del asunto; una consideración me llevaba á otra, é importaba presentaros un cuadro completo.

OBRAS QUE PUEDEN CONSULTARSE

- Falret: *Leyons cliniques sur la médecine mentale*, 1854.
 Morel: *Études cliniques*, 1852.
 Spielman: *Diagnostik der Geisteskrankheiten*, 1855.
 Bucknill: *The diagnosis of insanity*, *Asylum journal*, 1858.
 — *Manual of psychological medicine*, Londres, 1854.
 Dagonet: *Nouveau traité des maladies mentales*, 2.^a edición, 1876.
 Grésinger: *Traité des maladies mentales* (traducción), 1865.
 Marcé: *Traité pratique des maladies mentales*, 1862.
 — *Mémoire sur l'existence d'un principe coordonnateur de l'écriture et ses rapports avec le principe coordonnateur de la parole*, 1865.
 — *Valeur des écrits des aliénés*, 1865.
 Tardieu: *Étude médico-légale sur la folie*, 1876.
 Dancow: *Ueber die Grundlage der Mimik und Physiognomik als freies Beitrag zur Aspharologie und Psychiatrie*, *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1849.
 John Conolly: *The Physiognomy of insanity*, *Journal of mental science*, tomo VII, 1861.
 Laurent: *Sur la Physiognomie des aliénés*, *Annales médico-psychologiques*, 1866.
 Obernier: *Ein neues system der Kopfsnechung*, *Allgem. Zeitschrift für psychiatrie*, 1867.
 O. J. B. Wolff: *Beobachtungen über den Puls bei Geisteskranken*, *Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie*, 1868 y 1869.
 Jorge Thompson: *The sphygmograph in lunatic asylum practice*, *Westriding asylum journal*, tomo I, 1874.

- Allridge: *The ophthalmoscopy in mental and cerebral diseases*, *Westriding asylum journal*, tomo I, 1874.
 Bouchat: *Du diagnostic des maladies du système nerveux par l'ophthalmoscopie*, 1871.
 Lombroso y Laurent: *Du poids du corps chez les aliénés*, *Annales médico-psychologiques*, 1867.
 Von Babow: *Beitrag zur Kenntnis der Beschaffenheit des Harns bei Geisteskranken*, *Archiv. für Psychiatrie*, tomo VII, 1877.
 Carckhardt: *Beobachtungen für die temperaturen bei Geisteskranken*, *Archiv. für Psychiatrie*, tomo VIII, 1878.
 Stünninghaus: *Allgemeine Psychopathologie*, 1878.
 Hammond: *Traité des maladies nerveuses*, traducido por Labadie-Lagrave, 1870.
 Fourrier: *La syphilis du Cerveau*, 1879.

LECCION TERCERA

DE LOS ELEMENTOS QUE DEBEN ENTRAR EN LA DEFINICION
DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

PRIMERA PARTE

CONSIDERACIONES GENERALES

SEÑORES:

Bien pronto hablaré de los fenómenos que caracterizan á las enfermedades mentales, procuraré hacerlos ver en los sujetos que se os presenten.

Para hacer esta exposicion me esforzaré en ser claro y metódico.

Así, ante todo me ocuparé de la definicion de las enfermedades mentales.

Después hablaré de la clasificación y la sintomatología de estas afecciones.

Trataré de los fenómenos cadavéricos, y en cuanto el arte lo permita, os indicaré en el hombre vivo los signos de las lesiones que se encuentran después de la muerte.

Haré la etiología de las enfermedades que nos ocupan.

Describiré su patogénia.

Analizaré mis registros para sacar de ellos deducciones bajo el punto de vista del pronóstico.

Pasaré revista á todos los recursos del tratamiento.

Por último, dedicaré algunas lecciones al exámen de la cuestion relativa á la construcción y organizacion de los establecimientos destinados á la permanencia y tratamiento de los enajenados.

CÓMO SE ANUNCIA UN ENAJENADO

1. Importa, ante todo, determinar el carácter común que todas las personas que se encuentran aquí pueden ofrecer, teniendo en cuenta los motivos de su permanencia en nuestro establecimiento. De la apreciacion de estos motivos deben deducirse los elementos de la definicion.

2. Ahora bien: ese carácter colectivo es, ante todo, un notable cambio sobrevenido en los actos.

Las relaciones de estas personas no son lo que eran ordinariamente; su manera de ser ha cambiado, y así lo notan los individuos que las rodean. El hombre de otras veces ha desaparecido, se encuentra reemplazado por un hombre nuevo, un enajenado.

3. Tal estado es una enfermedad; sin embargo, falta el fenómeno más saliente de la enfermedad, á saber: la fiebre.

4. Es pasmosa, notable, la diferencia entre los enajenados que veis aquí y los enfermos de otros hospitales que frecuentais. Estos últimos se hallan acostados en su cama, se sienten que llaman enfermos. Nuestros enajenados están en pié, pasan, se agitan, trabajan y pretenden estar sanos. No experimentan la postracion de otros pacientes, esa postracion que se refiere en gran parte al estado febril; no acusan ningun sufrimiento físico; por lo general comen bien.

En muchos de ellos no llega á estar trastornado el sueño. Así, los elementos de la definicion de la enajenacion mental se refieren menos á los fenómenos patológicos, propiamente dichos, que á las relaciones existentes entre los enajenados y los demas hombres.

5. Pero hay en los enajenados una incapacidad especial, una incapacidad moral.

El hombre enajenado no comprende sus intereses, no concibe apenas su persona, no comprende tampoco la sociedad.

El yo ha salido de sus pensamientos y de sus actos.

Haced salir de aquí á estos enfermos, privados del conocimiento de sus familias, de los recursos que les asigna la ley, y la suerte más deplorable les espera.

No podrán continuar el trabajo á que se entregaban antes de su enfermedad.

Dejarán de apreciar sus medios de existencia.

Serán incapaces de desempeñar sus ocupaciones.

Desconiarán en gran manera su limpieza.

Enos se creerán ricos y se morirán de hambre.

Otros violarán, incendiarán y matarán sin saber que obran contra las leyes divinas y humanas.

VERITATIS

CONSCIENCIA, LIBERTAD, MORAL

6. En todos ellos la oscuridad de ciertas facultades hace imposible el exámen que el hombre hace de sus pensamientos y de los actos á que se entregan.

Y es que hay en el hombre sano de espíritu un espejo mental. Se examina en este reflector y forma un juicio sobre su propio ser. Esto es la conciencia.

Ahora bien. El enajenado pierde este atributo, pierde la facultad de conocerse, y, por otra parte, pierde la fuerza de gobernarse.

Deja de administrar su persona, sus bienes, su casa.

Se convierte en un objeto de temor y de repulsión para la sociedad.

7. Y, sin embargo, no creáis que la enajenación excluya en todos estos enfermos la facultad del raciocinio.

Hay enajenados que adquieren una dialéctica, una lógica, una riqueza de ideas, que contrasta con su estado normal. Los enajenados que creen que se mezclan venenos á sus alimentos, parten de un sofisma, pero razonan perfectamente bien. Esta idea, apesar de la evidencia, la sostiene; continúa diciendo que se le quiere matar.

Hay enajenados en los cuales toda la esfera de las ideas permanece intacta, en los que el trastorno afecta de una manera exclusiva los sentimientos y las impulsiones. Los enfermos hablan bien sobre todo, gozan al parecer de una gran libertad de las ideas, y, sin embargo, se hacen notar por las maneras más grotescas. Estos enfermos tan inteligentes no saben en qué es ridícula ó extravagante su conducta; cuando les llamais la atención sobre la poca razón que les caracteriza, aun cuando os comprendan, no poseen libertad para detener y modificar sus actos.

Procurad 20, 50, 100 veces hacerles concebir esta situación; vuestros argumentos se perderán arrastrados por el torrente de las ideas morbosas.

Un fenómeno curioso es la sordera, la ceguera del enajenado para todo lo que se refiere á la apreciación de su enfermedad. Sin embargo, algunas veces, á fuerza de provocar en ellos varias respuestas, se consigue comprender que está enfermo.

Hay enajenados que, en el período de incubación ó de invasión de su enfermedad, os dicen que se sienten mal, que su acceso está á punto de estallar.

Hay *suicidadores* (éste es un término nuevo con el cual designo la persona que se suicida. Daquin ha dicho, al hablar de los enajenados suicidas, un *suicidista*); hay suicidadores, decía, que os ruegan á veces que les observéis de cerca y que encargan que vigileis sus movimientos.

Atenuado preguntareis á ciertos enajenados: ¿Por qué están aquí estos hombres? El enfermo os responderá: porque han perdido el espíritu. ¿Y V.? ¡Ah! eso es otra cosa; yo no estoy loco, no señor.

Otros se expresan en estos términos: —Yo sé lo que hago, yo sé lo que digo; pero hay una palabra que se presenta siempre que, apesar mio, me veo obligado á pronunciar; si no la pronuncio, la digo interiormente.

8. También hay casos en que el hombre conserva toda su inteligencia, en que comprende su propia situación. Sin embargo, tales casos no son muy frecuentes, y las más veces sólo se observan distintamente al principio y en el período de disminución de la enfermedad.

Si un hombre atacado de este modo posee la facultad de conducirse convenientemente, puede estar enfermo del espíritu, pero no se halla enajenado en toda la fuerza de la acepción. Tal era el caso de un enfermo á quien tuve ocasión de tratar; era un digno eclesiástico atacado de melancolía. Durante largos años experimentó la impulsión de destruirse. Por la mañana, al abrir los ojos, se sentía asaltado por esta idea fatal, pero siempre le conseguía dominar por la oración. Nunca pasaba por un puente sin que sintiera deseos de arrojarse al agua. Pero razonando sobre su posición, consiguió hacerse dueño de sí mismo.

9. Ahora bien, cuando el verdadero enajenado ha conservado la reflexión, nunca posee el poder espontáneo y libre de hacer cesar la

condición morbosa que constituye la enajenación mental, al menos durante un espacio de tiempo algo largo. Vemos enfermos que hacen grandes esfuerzos para detener el retorno de un acceso que han aprendido á conocer, pero siempre infructuosamente. Quizás en tales casos el arte pueda venir en su auxilio.

En ocasiones saben apreciar esta incapacidad. No puedo, dicen, tomar ninguna resolución; veo á mis hijos que reclaman mis cuidados, y que ya nada puedo hacer por ellos; parece que hay un lazo que comprime mi voluntad, siento el mal y no lo puedo remediar; veo mi ruina y nada puedo hacer para evitarla.

19. Poseo en mi colección cartas escritas por enajenados, piezas muy curiosas; se refieren á enfermos que se estudiaban á sí mismos, hacían la descripción de su estado y anunciaban la incapacidad de su voluntad.

La carta que voy á leeros os permitirá ver cuáles son algunas veces las concepciones íntimas de estos enfermos. Es de un hombre soltero, de un hijo único, hijo de sus padres, atacado de delirio religioso. El enfermo lucha contra ideas delirantes, y presenta casi una lucidez completa. Se examina y pide á su médico consejo sobre lo que debe hacer.

Hé aquí dicha carta:

Voy — me dice el enfermo — á resumir mi estado. Es absolutamente indispensable que me vea libre por completo del temor que siempre he tenido de hallarme señalado en el mundo como un hombre que ha tenido en su juventud una vida detestable. Se necesita que mi espíritu se vea libre del horror de ciertas ideas; sin esto no hay reposo para mí. Es necesario satisfacer á mi espíritu con razones; las palabras huecas son un veneno para él. Si no os tomáis la pena de convencernos, es de suponer que me agravaré más y más, que mi enfermedad mental irá aumentando y que mi cabeza se pondrá más débil y más embrollada. Debeis conocer la piedra de toque de esta especie de enfermedad. Resumid esta ó indicadme una línea de conducta, una marcha segura que deba seguir. Deponed un instante vuestra autoridad doctoral para venir en apoyo de un desgraciado que quizás concluya por perder su cuerpo y sus bienes.

Quitadle esa desesperación permanente que mina su alma. Mi cabeza está débil, hablo y obro sin reflexion; la reflexion no viene sino despues de la idea. Yo mismo me atormento con mis inconsecuencias, me desespero; tengo la debilidad de querer llevar siempre

un remedio á mi mal moral, y como no tengo dominio sobre mí, como soy un tonto, no tengo ninguna fuerza sobre mí mismo. Yo, lo sé, obro sin mi perfecto juicio. Debeis, pues, decirme lo que me toca hacer; será necesario que me arme de tolerancia y que soporte todas las consecuencias de mis inconsecuencias. Me parece que debéis decirme: procurad pensar en vos mismo, evitando cometer debilidades indignas de un hombre, etc.

Tomamos en el Hospicio una mujer que ofrece otro fenómeno; si se le dirige la palabra, nada, absolutamente nada en sus respuestas anuncia una enfermedad mental; nada anormal se advierte en su tocado; sin embargo, llama la atención en ella una coquetería que antes no era habitual, y que contrasta con su edad, ya algo madura. Por ahora le concedo pasar los domingos en casa de su marido, esta es toda la libertad que se la puede dar; un día más, y sus actos pueden calificarse de verdadera rareza; visita á sus amigos y se queda en casa de ellas. Me quedo á comer, dice, y se convierte en ama; envía á los sirvientes al mercado y les dice: buscadme esto, buscadme aquello, preparéme V. agua fría, tráigame V. agua caliente, quiero tomar un baño de pica. Quiero acostarme, dice despues, y á media noche se levanta, abre la puerta y huye.

Semejante perturbacion es una cierta pasión en los actos y nada más. Esta señora no raciocina mal, y, sin embargo, se halla enajenada. Todos los empleados de los manicomios conocen muy bien á tales enfermos, que sólo están locos en sus actos.

DELIRIO Y LIBERTAD MORAL

12. Hé aquí otro caso no menos curioso. Es el de un enajenado que se encuentra en el establecimiento hace cuatro años.

Ha padecido una exaltación con perturbacion de las ideas. Hace algunos meses experimentó un gran deseo de volver al lado de su familia. Se le concedió salir y pasearse en compañía de un sirviente; el cambio de impresiones á que estuvo sometido, ejerció sobre su moral la más satisfactoria influencia; llegó á ese estado de carácter dulce que vosotros habreis tenido ocasion de apreciar; por lo demás, yo lo considero como convaleciente y áun como curada. Pero, observad la rareza de su estado. Este hombre responde de una manera admirable á todas las preguntas que se le dirigen; dice con

convicción que debe hacer violentos esfuerzos sobre sí mismo para detener las singulares palabras que pronuncia cuando quiere expresar una idea; asegura que sabe el momento en que va a decir inconveniencias, amunado consigo no articular las palabras que suelen llegar á su lengua, rechazándolas en cierto modo. Pero, reosa singular desde el instante en que se pronuncian delante de él las palabras, las frases fantásticas que acostumbra pronunciar, cae ensaguida en su estado primitivo y sus discursos no son más que una multitud de palabras incoherentes. Hay otra cosa más extraordinaria, y es que sale voluntariamente de dicha situación, como vais á ver.

¿No es esto una cosa extraña? dice él mismo. Las palabras no son las mismas que yo quiero pronunciar; pero cuando hago grandes esfuerzos, digo lo que quiero.

Como veis, este hombre usa grandes precauciones en su discurso para no caer en ideas delirantes. Lo que hay de notable en él es el esfuerzo que hace para conservar su razón.

13. Notadlo bien:

1.º En la enajenación todas las facultades mentales pueden estar.

2.º El enajenado puede continuar comprendiendo todo apesar de su estado.

3.º La conciencia puede conservarse intacta, y el enfermo puede decirse á sí mismo: Yo estoy loco.

4.º La facultad de hacer nacer ó cesar tal estado es lo que no tiene el hombre enajenado, á no ser que esté en convalecencia, como acabais de ver.

EXAMEN CLÍNICO

Se pasará revista á diferentes enfermos para demostrar el grado de lesión de la inteligencia. Las respuestas de estos enajenados anuncian en unos una falta completa de conciencia, en los otros la integridad de esta facultad.

ENAJENACION.—INFANCIA

14. Semejante estado recuerda la infancia, pero la infancia en estado de exasperación.

Como los niños, los enajenados son crédulos, carecen de previsión, ceden fácilmente al miedo, no calculan apenas la importancia ni las consecuencias de sus actos.

Por esto, á los ojos de la ley, el enajenado no es responsable; se le coloca en la categoría de los menores.

ENAJENACION.—ENSUEÑO.—SONAMBULISMO

15. Los autores han comparado la enajenación á las pesadillas ó ensueños; en efecto, no puede negarse cierta analogía entre estos dos estados.

Sin embargo, si se considera que el sueño, la suspensión de las sensaciones, la postración muscular existen en el ensueño y que no caracterizan la enajenación mental, encontramos entre dichas dos situaciones una diferencia bastante grande para que nos abstengamos de buscar entre ellos una relación demasiado estrecha.

El que haya observado de cerca los fenómenos del sonambulismo, encontrará entre este estado y la enajenación una analogía más fundada que entre el ensueño y la locura. En el sonambulismo, como en la enajenación, se ha desprendido algo del hombre moral, intelectual; el regulador de los actos trónicos, falta; el espejo reflector se halla, digámoslo así, cubierto con un velo. Sin embargo, hay que hacer una gran distinción, y es que, en el sonambulismo, el paciente duerme, mientras que el enajenado duerme cuando se le cree despierto.

Ya Haslam se ocupó hace tiempo de la analogía existente entre el ensueño y la enajenación mental, resolviendo la cuestión de una manera negativa. Recientemente el Dr. Moreau, en una Memoria especial, ha procurado de nuevo establecer una identidad entre ambas situaciones. Por mi parte, no puedo colocarme en este punto al lado de tan estimable autor. El ensueño es un estado fisiológico, mientras que la locura es morbosa. Su analogía reside en la irresistibilidad y en la irresponsabilidad. En cuanto á los fenómenos íntimos, en una como en otra situación, los ignoramos por completo. Sin embargo, hay ciertas causas de enajenación mental en las que el ensueño juega un papel importante y hasta puede confundirse con ella. En el período prodrómico de la melancolía, en el suicidio, en la manía, el ensueño se presenta algunas veces como un fenómeno curio-

ya causa es una enfermedad; en el fondo, y abstracción hecha de todo otro desorden funcional, la enajenación mental es una lesión que detiene y hasta impide la voluntad moral.

DEFINICIONES QUE DEBEN HACERSE

Algunos de los elementos que entran en esta definición se encuentran en todos los géneros, en todas las variedades del estado frenopático:

Estos elementos son:

- A. La enfermedad sin fiebre duradera.
- B. Un desorden en cualquiera de las facultades intelectuales.
- C. La insuficiencia de estas facultades con relación á las necesidades á la falicidad del hombre, á su seguridad, á su responsabilidad.

Sin embargo, nuestra definición sólo es exacta de una manera absoluta en sus relaciones con una enajenación que llega á cierto grado de desarrollo. Al principio del mal se encuentra á veces un estado mixto, en el cual el enfermo goza de su razón y conserva cierto dominio sobre sí mismo.

Nuestra definición tampoco puede aplicarse á cada uno de sus miembros considerados aisladamente; es el conjunto definido.

5. En muchísimos casos será sumamente difícil distinguir tal estado bajo el punto de vista de las pruebas morales:

- de las estravagancias, de los caprichos de un carácter violento, raro;
- de un dolor moral fisiológico profundamente sentido, de las pasiones;
- del error;
- de un celo llevado hasta la exageración;
- del vicio y del crimen;
- del libertinaje, de los apetitos depravados;
- de la sed de grandezas y riquezas;
- del desprecio de la vida;
- de la debilidad de la inteligencia; y
- de otras muchas situaciones, tales como el delirio agudo, las afeciones histéricas y várias enfermedades, de las que ya tendremos ocasión de ocuparnos.

TERCERA PARTE

SITUACIONES QUE NO DEBEN CONFUNDIRSE CON LAS ENFERMEDADES MENTALES

EL LOCO DE LA SOCIEDAD

1. ¡Cuántos hombres frívolos atraen las miradas de las masas, y, sin embargo, no son locos, aunque se les designa como tales en la vida común! ¡Cuántas singularidades en las costumbres, cuántas fantasías en la construcción de las habitaciones, en el modo de amueblarlas!

La línea de demarcación entre la sabiduría y la locura es á veces muy difícil de trazar bajo el punto de vista de la ciencia; y, sin embargo, el vulgo se equivoca rara vez!

Existe un límite que describe el instinto.

El loco de la sociedad tiene un temperamento especial; el enajenado presenta una situación accidental. El primero conoce su estado, es dice que no se halla obligado á tener los gustos de todo el mundo. Puede estar exaltado, poseer un espíritu fantástico, tener rarezas, pero hay límites de los cuales no pasará; hay conveniencias que observará, leyes que respetará. La imposibilidad de ocuparse de su persona y de sus negocios es uno de los signos de un espíritu enfermo cuando se añaden otros signos á las pruebas morales, siempre insuficientes, consideradas aisladamente.

PERTURBADORES DEL ORDEN PÚBLICO

La falta de respeto para las leyes no es un indicio de locura cuando no va acompañada de otros desórdenes morales ó intelectuales.

Existen temperamentos predispuestos á insurreccionarse — permítame la frase — para los cuales las leyes son cadenas que á toda costa quisieran romper. Los revolucionarios de todos los tiempos y de todos los países no son ciertamente locos aunque perturban el orden público; son fanáticos que saben doblegar sus facultades á las

circunstancias favorables ó desfavorables á sus ideas. Así considerados, no deben incluirse bajo ningún concepto en el número de los espíritus enfermos.

El verdadero loco reformador es un hombre que, aparte de sus ideas subversivas, anuncia una enfermedad de la inteligencia, una debilidad en las concepciones, una imaginación que raya en el absurdo.

2. Lo que caracteriza ante todo la enajenación mental cuando no consiste en una imbecilidad nativa, es su carácter patológico. La enajenación tiene sus prodromos, fases de intercurrencia, durante las cuales se observa el verdadero estado normal, y también períodos en que la razón abdica, digámoslo así, su imperio. Ofrece una propensión á presentar cambios espontáneos, y en su curso se observan variaciones especiales en el estado de las vías gástricas, en el pulso, en los movimientos locomotores.

3. Hay, bajo el punto de vista del diagnóstico de la enajenación, un criterio bastante general, que el Dr. Falret ha descrito muy bien; es el cambio que sobreviene en los hábitos, en las costumbres, en la concepción, en las ideas, en los actos y los gestos del hombre enajenado. Este fenómeno resuelve las grandes cuestiones cuando en la apreciación de la enfermedad existen aún puntos oscuros; es la comparación del hombre consigo mismo.

4. Amenudo la cronicidad de la situación es la que llama la atención y coloca al médico en camino de apreciar el mal.

La alicción que sucede á la muerte de un esposo, puede durar una semana, un mes; pero se calma siempre. El sujeto se reanima, no ha olvidado su desgracia, piensa en la muerte que ha sufrido, pero el dolor desaparece en poco tiempo.

No sucede así con la tristeza morbosa; ésta aumenta, crece siempre, dura siete meses, quince, dos años y aun más. Esto es lo que Hipócrates conoció perfectamente cuando dijo en uno de sus *apofrismos*: «Si el temor ó la tristeza persisten mucho tiempo, hay tendencia á la melancolía.»

La cólera nace de repente, pero se disipa al cabo de algunos minutos, de algunas horas, de algunos días; la cólera en la enajenación dura mucho más tiempo; meses, años, la vida entera.

Hay más evidencia, más color, si así puede decirse, en la enajenación mental que en la pasión, en el error ó la simplicidad; no hay dolor como la melancolía morbosa; no hay cólera como la manía

furiosa; no hay ilusiones como las concepciones del delirio, no hay debilidad de espíritu como el idiotismo.

5. Lo que es cierto para las pasiones, no lo es, sin embargo, para algunas exaltaciones. Así, la pasión de la religión puede durar toda la vida sin ser una enajenación mental. Para distinguir el hombre devoto del enajenado devoto, se necesitan otros motivos que el de la comparación del tiempo transcurrido.

MÁRTIRES RELIGIOSOS

6. Los cenobitas de los claustros, los religiosos, los trapenses y los mártires, son personas con todas las facultades de la razón que se entregan á una vida de privaciones y de continuos suplicios. ¿No son monomaniacos religiosos, hombres á quienes hace obrar un trastorno morboso que tiene por objeto la religión?

No, la razón de estos hombres no difiere de la de las masas cunmedio de las cuales viven; las masas no los consideran como enajenados. La autoridad del jefe de la corporación tiene el poder de modificar los hábitos del religioso más austero; éste se somete, obedece, obra regularmente, obra en el sentido de sus obligaciones. Si su jefe hace un llamamiento á su celo religioso, se doblega á la voluntad de éste último. El enajenado religioso, por el contrario, sólo sigue sus propias inspiraciones; no escucha á nadie, en nada modifica sus hábitos; se rebela contra toda voluntad que se halle en oposición con la suya, sólo obedece por capricho, su estado es una irresistibilidad.

HOMBRES Y MUJERES Lujuriosos

7. Hay hombres y mujeres insaciables bajo el punto de vista de los placeres sexuales; ¿estos son enajenados, ó sólo personas devoradas por el fuego de las pasiones? Encontramos algunos de estos desgraciados que invocan los recursos del arte, y hasta el de su confesor, cuando el cumplimiento de las necesidades experimentadas no calma su ardor especial. No, no son enajenados; son amenudo personas enfermas, y como tales saben gobernarse y comprender perfectamente su posición; no debe considerarseles como enajenados;

aunque muy parecidos á éstos, deben colocarse en la categoría de los histéricos y otros enfermos.

Vosotros diréis: las mujeres de mala vida, las prostitutas, ¿no deben comprenderse entre los locos? Corromper la opinión pública, no tener ningún pudor, entregarse al primer advenedizo, ¿no son actos de un espíritu enfermo? Y por lo tanto, ¿no debe considerarse la vida de estas mujeres como la expresión de una enajenación mental?

De ningún modo, no; en estas mujeres no hay estado morboso del espíritu, aunque, en igualdad de circunstancias, la prostitución ocupa un lugar importante en la etiología de las enfermedades mentales. Hay en la mujer que se prostituye algo distinto de la enajenación mental. La prostitución tiene un origen, un desarrollo, una terminación que se explican de distinto modo que la enajenación. La mujer pública deja de ofrecerse cuando no se la busca. La mujer erótica, en cambio, no repara en todas las degradaciones; se ofrece siempre, se cree siempre joven, siempre bella; desecuada con su limpieza, no se fja siquiera en la repulsión que debe inspirar. Pero la cortesana sabe lo que hace, se entrega con discernimiento. Juzga tan bien de su estado, que deplora en ocasiones su mala estrella, que la ha conducido al teatro de la corrupción.

Esta lucidez no la encontraréis en la mujer maniaca erótica. Hay siempre en ella un *qué* que llama la atención del vulgo y le hace decir: esta mujer está loca; como hablando de un hombre erótico se dice: este hombre está loco.

SUICIDAS

8. El suicidio es una de las situaciones acerca de las cuales se establece la opinión con más incertidumbre.

Segun muchas personas, el suicidio se refiere á un desórden morboso; otras creen que es un acto fisiológico.

Hay suicidios que se consideran como la expresión de una voluntad libre, mientras que otros se deben á un estado enfermo. El suicidio fisiológico, como el asesinato, como la violación criminal, se refieren directamente á ciertas causas. Los buenos consejos, la reflexión, el espíritu religioso, un error destruido modifican la determinación del hombre que los comete. En el enajenado, el suicidio

es un acto irresistible; tiene sus fundamentos precursores, hay sus fenómenos concomitantes. A parte del fenómeno principal, se descubre la enfermedad; no depende del individuo hacerla cesar. Pero podéis hacer que cese la determinación de destruirse en el instante mismo en el hombre sano de espíritu, haciendo llegar á su razón un orden de ideas consoladoras. Dad 50, 100, 200.000 francos á un industrial arruinado que está á punto de saltarse la tapa de los sesos, y pronto le veréis renunciar á su funesto proyecto. En el enajenado no detendréis la determinación por ningún medio moral conocido. Su enfermedad tiene prodromos, una evolución, un decrecimiento.

Hay hombres hastiados, fatigados de la vida; éstos no son enajenados, son individuos gastados, digámoslo así, enfermos, que ameno han vivido mucho ó que no han vivido segun las leyes de la naturaleza. En ellos el cerebro está atacado de anorexia, si me permitís aplicar al órgano intelectual lo que pertenece al estómago.

AVAROS, LADRONES, ASESIOS.

9. Diréis que está enajenado este avaro que vive en una atmósfera infecta, que transido de frío en el invierno sólo se alimenta con pan y patatas, y en cuya casa se descubre despues de su muerte un tesoro inesperado, que él ha sabido ocultar afectando las apariencias de un mendigo? ¿Este avaro es un insensato ó un hombre sano de espíritu? Semejante sér es una monstruosidad, y no lo que se puede llamar un enfermo de espíritu. Es un hombre dominado por una pasión, y que se impone privaciones que nada justifica, ó tiene gustos que no son los de las personas enmedio de las cuales vive; pero entra en la categoría de los hombres amorosos, religiosos, prodigos en exceso. Su pasión es un vicio de carácter y no una enfermedad; faltan los síntomas y el curso de la enfermedad, á saber: la invasión, la remitencia, la periodicidad.

10. Lo propio diremos de lo que se llama en la sociedad una monomanía del robo. La excesiva codicia se transforma en deseo de lo ajeno. En este caso, como en el primero, existe un vicio más bien que una enfermedad. Si estuviera escrito en la ley que los avaros en cierto grado incurran en la aplicación de un castigo, se los vería modificarse, como los llamados monomaníacos ladrones modifican sus actos bajo la influencia de los rigores de la prision.

Friedrich: *Systematisches Handbuch der gerichtlichen medicin.*

Lasch: *Ueber Trystia und Irrenanstalten.*

Nohle: *Psychological medicine.*

Trelat: *Folie lucide.*

Krause: *Allgemeine Zeitschrift für psychiatrie*, tomo XV.

Grassi: *Die Elemente des Irrens.* 1863.

Hassol: *La folie considérée surtout dans ses rapports avec la psychologie normale.*

1877.

Spamer: *Physiologie der Seele.* 1876.

Reinmeyer: *Comment doit-on traiter les maladies mentales à leur début.*

Traducido por Jos. De Simeth.

Griesinger: *Traité des maladies mentales.*

Schule: *Handbuch der Geisteskrankheiten.* 1878

Von Krafft-Ebing: *Lehrbuch der Psychiatrie.* 1879, y en general todos los

Tratados generales de psiquiatría.

LECCION CUARTA

PRIMERA PARTE.

DE LA NECESIDAD QUE HAY DE REFORMAR EL VOCABULARIO

DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

SEÑORES:

1. En todo lo que diga evitaré servirme de palabras que puedan sembrar la menor confusión en vuestro espíritu. Emplearé denominaciones sencillas, usadas desde hace muchos años; sin embargo, en ocasiones me permitirá usar algunos términos nuevos, cuando pueda hacerlo sin inconveniente.

Las palabras juegan un papel muy importante en las ciencias; amenudo dan lugar á las más falsas concepciones, pero otras veces son rayos de luz y de exactas definiciones.

Por eso importa, antes de continuar nuestros estudios, establecer el valor de los términos empleados hasta aquí, y de los que sería quizás conveniente introducir en la ciencia de una manera progresiva.

2. Nada más vago que las palabras usadas para designar los actos intelectuales, que, las más veces, tienen una denominación dudosa. Las palabras moral, inteligencia, entendimiento, razon, espíritu, estado mental, estado paíquico y otras muchas, necesitarían tener una acepción especial. Los nombres de loco, enajenado, insensato, imbécil, maniaco, delirante, etc., son términos usuales empleados para designar fenómenos generales, cuando cada uno de ellos no debería indicar más que un fenómeno siempre especial.

Friedrich: *Systematisches Handbuch der gerichtlichen medicin.*

Lasch: *Ueber Trystia und Irrenanstalten.*

Nohle: *Psychological medicine.*

Trelat: *Folie lucide.*

Krause: *Allgemeine Zeitschrift für psychiatrie*, tomo XV.

Grassi: *Die Elemente des Irrens.* 1863.

Hassol: *La folie considérée surtout dans ses rapports avec la psychologie normale.*

1877.

Spamer: *Physiologie der Seele.* 1876.

Reinmeyer: *Comment doit-on traiter les maladies mentales à leur début.*

Traducido por Jos. De Simeth.

Griesinger: *Traité des maladies mentales.*

Schule: *Handbuch der Geisteskrankheiten.* 1878

Von Krafft-Ebing: *Lehrbuch der Psychiatrie.* 1879, y en general todos los

Tratados generales de psiquiatria.

LECCION CUARTA

PRIMERA PARTE.

DE LA NECESIDAD QUE HAY DE REFORMAR EL VOCABULARIO

DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

SEÑORES:

1. En todo lo que diga evitaré servirme de palabras que puedan sembrar la menor confusión en vuestro espíritu. Emplearé denominaciones sencillas, usadas desde hace muchos años; sin embargo, en ocasiones me permitirá usar algunos términos nuevos, cuando pueda hacerlo sin inconveniente.

Las palabras juegan un papel muy importante en las ciencias; amenudo dan lugar á las más falsas concepciones, pero otras veces son rayos de luz y de exactas definiciones.

Por eso importa, ántes de continuar nuestros estudios, establecer el valor de los términos empleados hasta aquí, y de los que sería quizás conveniente introducir en la ciencia de una manera progresiva.

2. Nada más vago que las palabras usadas para designar los actos intelectuales, que, las más veces, tienen una denominación dudosa. Las palabras moral, inteligencia, entendimiento, razon, espíritu, estado mental, estado paíquico y otras muchas, necesitarían tener una acepción especial. Los nombres de loco, enajenado, insensato, imbécil, maniaco, delirante, etc., son términos usuales empleados para designar fenómenos generales, cuando cada uno de ellos no debería indicar más que un fenómeno siempre especial.

Las lenguas del Norte no son más claras bajo este punto de vista que las lenguas meridionales, que la lengua francesa, italiana y española, tienen muchas designaciones que, en su aplicación á las enfermedades mentales, son sumamente vagas.

3. Además, nada más incorrecto que los términos griegos y latinos en sus relaciones con las clases, los géneros, las familias y las especies de enfermedades creadas por los modernos.

La mayor parte anuncian los motivos, amenudo absurdos, que los han sicado.

Todos han tenido al principio un significado general, todos se resienten de la infancia del arte, todos han designado primitivamente una raza trastornada. Algunos se han hecho más especiales con los progresos de la ciencia.

Los términos más antiguos son:

Mania.

Melancolía.

Insania.

Demencia.

Delirio.

4. Grande es la confusión respecto á la palabra *mania*, que encontramos ya en los griegos como una designación muy vaga. Se le ha hecho derivar de *Μανία* — *estoy furioso*, — Esquiroi cree que debe proceder de *Μανία*, luna. Quizás *mania* tenga relación con *Μανία*, flujo periódico.

Los latinos decían *lunaticus*, y de aquí, en español, el nombre de lunático. Los ingleses dicen *lunatic*, *lunacy*, y designan todavía hoy sus establecimientos con el nombre de *Lunatic Asylums*; llamando *commissioners in lunacy* á los comisarios encargados de la organización e inspección de los manicomios. Emplean todavía la palabra *madness*, de *mad*, que, según Haslaw, deriva del gótico *mod*; esta última significa *angustia*, *robia*.

Darenberg, el traductor de las obras de Hipócrates, en una nota particular, dice que la palabra *μωρία* designa en los griegos un delirio violento, mientras que Galeno, según Foes, la tomó en el sentido de melancolía ó de delirio crónico.

Los modernos, Pinel por ejemplo, en su *Traité sur la manie*, han empleado con frecuencia el término *mania* en un sentido general, y no quieren designar con él en manera alguna la violencia, la cólera, el furor. Esquiroi ha hecho entrar esta palabra en la desig-

nación especial creada por él para indicar la melancolía, que llama *lupomania*. Haciendo de la manía un fenómeno especial, ha creado su *monomania*, para designar el delirio parcial descrito por sus antepasados. Así, encontraréis *mania* en la *denomomania*, en la cual se deja sentir el terror y no la exaltación de un maníaco. Por esto yo empleo la palabra *demonofobia* para indicar la melancolía, que reconoce como elemento fundamental el temor del demonio.

5. La palabra *melancolía* fué empleada por los griegos; es una designación que apenas se adapta á nuestras afecciones mentales; procede de *μελας*, negro, y *χολη*, bilis. El color especial que los melancólicos adquieren en el curso de esta enfermedad, fué probablemente la causa de que los médicos de la antigüedad consideraran la tristeza morbosa como procedente de una alteración biliar; sólo había enajenación cuando la bilis llegaba al cerebro.

Segun un aforismo de Hipócrates, los cambios de lugar de la materia pecante son peligrosos en la melancolía; anuncia la manía, la ceguera, los espasmos, la apoplejía.

Mania y melancolía se encuentran en el texto griego de Hipócrates. El mismo autor dice que las varices y las hemorroides resuelven la manía.

6. Los latinos han traducido amenudo *μωρία* por *insania*. En el aforismo de las hemorroides y de la manía, se dice: *Si varices aut hæmorrhoides supercæverint, insanie solutio fit*. Los latinos han empleado despues con frecuencia la *insanus*, *insolentis*, de donde han procedido la de insensato de los españoles, y la *insanite* de los ingleses. El término de *vesania*, procedente de *vo*, privativo, y *sanus*, deriva de la misma fuente que *insanus* ó de *insania*.

7. *Delirio*: Este nombre, que se remonta á una época muy antigua, rara vez ha designado una enajenación mental especial. Solo en los tiempos modernos se emplea para calificar una enfermedad mental propiamente dicha. Se le ha hecho derivar de *lira*, surco en línea recta, pudiendo aplicarse en este sentido en nuestro lenguaje actual á un espíritu que se desvía.

8. *Demencia*, de, privativo, y *mens*, *mens*, espíritu, alma; este término es muy antiguo, y anuncia perfectamente esa situación en la cual faltan las fuerzas mentales. De aquí la *demencia*, y de aquí también la *amencia* de los patólogos modernos. Es una falta de alma, es la apatía, la falta de energía moral. *Vecordia* tiene una significación casi análoga, y quiere decir sin corazón, sin energía, sin cu-

tristidad, sin alma. Esta expresión su radere probablemente á las doctrinas de los antiguos, que colocaban un alma en el corazón.

9. Sólo se habla en nuestros Códigos belgas:
del furor y de los furiosos;
de imbecilidad;
de demencia;
de insensatos.

En ninguna parte encontrareis la expresión de melancolía ó de melancólico; y, sin embargo, la tristeza morbosa, por su excesiva frecuencia, ha debido llamar la atención de los legisladores. Pero los que han hecho nuestras leyes han reproducido las antiguas ideas de la legislación; y como en otro tiempo no se veía en la tristeza morbosa más que un vicio de los humores, se explica por qué han excluido constantemente la melancolía del número de las enfermedades mentales.

10. La confusión de las palabras anuncia siempre la confusión de las ideas; esto es lo que sucede en las enfermedades que nos ocupan, porque no conozco ningún género de afección mental que no esté mal definida por el término que sirve para designarlas. Desgraciadamente estos términos se hallan sancionados por la ley, y, sin embargo, pueden hacer formar juicios desfavorables.

11. Los nombres de *loco*, *locura*, han adquirido carta de naturaleza en el vocabulario de la ciencia desde que los escritores de diversos países han dejado de escribir en latín. Amard, Daquin, Gergot, Spurzheim, Mare, Calmeil, Broussais, Parchappe, Leuret, Bethome, Briere y Baillarger han publicado trabajos con el título general de locura.

12. *Enajenación mental* no es palabra moderna, pues la palabra *alienatio mentis* estaba en uso en Roma, donde á veces se llamaba al enajenado *mente captus*.

Alienatio mentis se encuentra usada por Sauvages.

Los alemanes llaman *Seelenstörungen* á las enfermedades ó trastornos del alma.

13. *Enfermedad del espíritu* es un término familiar para los literatos, pero poco empleado en medicina.

Estas denominaciones, todas generales, tienen la falta de ser largas, de componerse de dos sustantivos y de no presentarse á la desarticulación.

14. Los alemanes han visto las más veces en las enfermedades

mentales un desorden de los sentidos: de aquí su *Wahnsein*, su *Blödsinn*.

15. Los italianos han transformado las más veces las palabras latinas; pero tienen las *pazzi*, la *pazzia*, la *pazzirelli*: estas denominaciones recuerdan las palabras *folie* y *foas* de los franceses, *locura* y *locos* de los españoles.

VOCABULARIO

16. La ciencia exige alguna precisión, y, por lo tanto, la adopción de un término radical considerado en una acepción general.

Este término debe expresar una enfermedad distinta de las afecciones con las cuales podría confundirse, y debe al mismo tiempo estar ajustado al tecnicismo médico.

El *ψυχία* no puede proporcionarlo; no deben designarse enfermedades del encefalo, de la cabeza: se trata de afecciones funcionales del dominio de las ideas, de los sentimientos, de las pasiones.

Ahora bien, este radical lo encuentra en *ψυχη*.

ψυχη es el equivalente de moral, de entendimiento; comprende el conjunto de los actos intelectuales propios del hombre.

Cuando los antiguos buscaron el *ψυχη* en la región diafragmática, es porque colocaban en el pecho el foco de la vida intelectual y de las pasiones. Hipócrates dijo las siguientes palabras en su libro: *De Cordis: Mens enim hominis in sinistro ventriculo insita est et reliqua mens imperat.*

De cualquier modo, *mentis* es preferible á *ψυχικο*. *Mens* es muy claro, *ψυχη* no lo es del todo. No concibo realmente el entusiasmo que existe por esta palabra tan desagradable al oído y tan tenebrosa al espíritu. *Ψυχη*, y *mens*, considerada bajo en punto de vista filosófico y teológico, establecen una separación entre el cuerpo y el alma, y bajo este punto de vista, ni uno ni otro son propios para designar un estado en el cual no se puede ver más que un todo en el orden de nuestros conocimientos filosóficos. Decir enfermedad del alma, *Seelenstörungen*, es ser muy exclusivo. Es suponer que las enajenaciones sólo interesan el elemento incomprensible, inmaterial del entendimiento humano; y ¡quién sabe, como se ha hecho ya ob-

servar, si el alma puede comprenderse en los elementos susceptibles de ser el punto de partida de una enfermedad!

Desde hace algún tiempo los frenólogos emplean, en Alemania sobre todo, la palabra *Wozn* para la composición de los términos relativos á las enfermedades mentales. La voz *psique* ha dado un radical á la psicología, y se ha creado después las psiquiatras, las psicosis y las psicopatías. El Dr. Piotry formó con ellas el *psiquismo*, *hiperpsiquismo*, *hiperpsiquismo*, *hiperpsiquismo*, *apsiquismo*, *disortopsiquismo*, *anopsiquismo*.

17. Por mi parte prefiero el sustantivo *fren*, y hé aquí por qué motivos:

Fren es una denominación ya comprendida, data de los tiempos hipocráticos. Se encuentra en *frenitis*, palabra empleada en los libros del padre de la medicina y en los escritos de sus discípulos. *Frenitis* se dice también en las obras de Celso, lo mismo que *parafrensis*, *parafrensis*, con las cuales los griegos designaron primitivamente el delirio agudo.

La idea de referir este delirio á una inflamación cerebral, pertenece á Aecio.

Debemos á los tiempos modernos la denominación de *frenología*, *frenológico*.

Psique es palabra más fisiológica, más teológica al ménos, en el sentido que le atribuye S. Pablo. Es una palabra que se refiere especialmente á un orden de ideas fisiológicas.

Por lo demás, el término *fren* es mas agradable al oído, ménos sibilante que *psique*. Se presta admirablemente á la formación de nombres nuevos.

Yo no rechazo en absoluto el sustantivo *psique*. Conviene tener á nuestra disposición palabras diferentes que tengan una significación precisa.

Estado frénico me parece preferible á estado normal, porque moral me recuerda moralidad, y esta palabra puede producir alguna confusión en las ideas.

18. Ahora bien, voy á demostraros qué servicio puede prestar á la literatura médica la palabra griega *φρεν*, y cuán fácilmente permite distinguir gran número de situaciones:

Así, de *φρεν*, *φρεν*, liago las siguientes palabras:

Frenia: estado mental en el sentido más lato.

Frenico: lo que se refiere al *fren*.

Frenografía: escrito que se refiere al *fren*, á las cualidades morales e intelectuales, á la psicología.

Frenología: ciencia de los fenómenos del entendimiento; término empleado ya por *Spurzheim*.

Frenólogo.

Frenológico.

Frenopata: freniatra: un médico mentalista.

Frenocomio: una casa, un establecimiento, un asilo de enajenados (en España se llama manicomio).

Frenotierbo: el trastorno, el desórden de las funciones intelectuales, de la moral *Seelenstörung*.

Frenopatia: enfermedad mental, psicosis, psicopatía.

Frenopático: un enajenado.

Frenoterapia: la terapéutica moral, la psiquiática.

Frenoterápico: lo que se refiere á la acción medicatriz de un agente moral.

Frenalgia: el dolor moral, la melancolía, la lipemania.

Frenológico.

Hiperfrenia, *hiperfrenopatia*: la exaltación de los actos intelectuales, las pasiones, la manía.

Hiperfrenico.

Parafrenia: más allá de la exaltación, la rareza, la originalidad de los actos, la locura.

Parafrenico.

Frenoplasia: la conmoción moral, el éxtasis.

Frenoplérico.

Ideofrenia: las ideas delirantes, el delirio.

Ildiofrenico.

Afrenia: falta de facultades morales ó intelectuales.

Afrenico.

Frenotrofia: de este modo designa Buchs el idiotismo.

Frenotrófico.

Frenosi: inflamación del cerebro, de las meninges; aguda, acompañada de transportes furiosos.

Frenético.

Ortofrenia: dirección, educación moral, intelectual.

Ortofrenico.

Permitidme ahora una ligera digresión: en 1833 empleé yo la palabra *frenopatia*; yo he sido el primero en usarla, lo mismo que

otros muchos derivados de la voz *fran*, como hiperfrenia, frenalgia, etc. Necesito recordar esta fecha para demostraros que no he tomado en manera alguna esta radical etimológico del Dr. Remondin, como podría creerse, leyendo un pasaje de su libro titulado: *Études médico-psychologiques*. El autor, olvidando sin duda la fecha de la publicación de nuestras *Frenopatias*, refiere á 1840 la adopción por él de estos nuevos términos, mientras que yo debo considerarme como su creador desde 1833.

19. Conservaré y preferiré en el curso de mis lecciones las denominaciones recibidas: melancolía, manía, locura. Pero emplearé estas palabras en un sentido definido; servirán para especificar los géneros elementales. Enjaneación mental será siempre el término general; sin embargo, también usaré la voz *frenopatía*.

Dire indistintamente monomanía, monofrenia, monopatía para designar la alteración parcial; pero cuando se trate de precisar dire: *monomelancolía, monofrenalgia, monodébilis*, como también *polimania, polymelancolía*, etc.

Conservo, pues, las antiguas denominaciones, aunque empleando también términos nuevos; no conviene cambiar por el solo placer de destruir: más vale usar los términos adoptados que innovarlos.

El lujo en las expresiones es siempre un mal.

Debemos procurar, ante todo, hacer desaparecer las concepciones falsas.

Esto se conseguirá precisando la clasificación, especificando la nomenclatura y evitando, cuando se trate de designar un género, una especie, una variedad de la afección, usar términos generales.

Sólo á medida que es voyáis iniciando en el estudio de los hechos, me permitiré de vez en cuando algún nombre de nueva creación.

Así, melancolía no será un término general; este nombre no designará géneros de vesunias diferentes, como se ve en la obra de Lorry.

La palabra manía sólo se empleará para caracterizar la enajenación mental de una manera general.

La palabra locura, que siempre se ha confundido ora con manía, ora con demencia, tendrá una indicación especial, lo mismo que *débilis* y demencia.

OSAS QUE DEBEN CONSULTARSE PARA LAS CONSIDERACIONES SOBRE LA NOMENCLATURA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES.

Friedreich : *Systematisches Handbuch der gerichtlichen Psychologie*, 1825.

Hasturic : *Observations on madness melancholy*, 1839.

Remondin : *Études médico-psychologiques*, 1851.

Monro : *On the nomenclature of the various forms of insanity*. — *Asylum Journal*, 1856.

SEGUNDA PARTE

CÓMO SE PUEDEN CLASIFICAR LAS ENFERMEDADES MENTALES

Antes de abordar las cuestiones prácticas de la frenología de las enajenaciones, necesito deciros algunas palabras acerca de la clasificación de estas enfermedades.

El método es la clave de todo estudio; sin él, todo es desorden y dificultad. No es posible hacer un progreso real y rápido cuando se camina sin punto de mira, sin rumbo, sin derrotero.

El método falta generalmente en el estudio de las enfermedades mentales. Reina bajo este punto de vista una gran confusión.

Confusión en los términos.

Confusión en la clasificación.

Confusión en las ideas sobre la naturaleza de la enfermedad.

DIVISIONES CLÁSICAS

Teniendo cuidado de exponeros las bases de una división y de una clasificación, deseo haceros ver que las enfermedades mentales pueden presentarse bajo las formas más sencillas, y cómo pueden ofrecerse combinadas entre sí de la manera más rara, más complicada.

Conviene establecer ante todo una división, bajo el punto de vista de la forma morbosa.

Así, las enajenaciones serán:

1. *Elementales*, es decir, simples.
2. *Compuestas*, formadas de muchos elementos simples.

Bajo el punto de vista del curso, que siguen, serán:

1. *Continuas*.
2. *Remittentes*.
3. *Intermittentes*.
4. *Periódicas*.

Respecto á las transformaciones morbosas, serán:

1. *Primarias*.
2. *Secundarias, terciarias, cuaternarias*, etc.
3. *Transitorias*.
4. *Permanentes*.

En cuanto á su asiento:

1. *Idiosincrásicas*.
2. *Simptomáticas*.

Bajo el punto de vista de su valor patogénico:

1. *Esenciales*.
2. *Sintomáticas*.

Por lo que toca al diagnóstico:

1. *Ocultas*.
2. *Aparentes* (Platnar, Burkaril, Henke, Heinroth, Friedreich).

La división entre enajenaciones ocultas y aparentes, que creo debe introducirse en este cuadro, ofrece una gran utilidad bajo el punto de vista del diagnóstico legal. Hay situaciones que no son más que una exageración, ó una disminución, ó una perversión de las facultades mentales, tan poco pronunciadas que difícilmente se distinguen del estado normal.

No me detendré ahora en definir los términos de estas diferentes clasificaciones; tendremos ocasión de ocuparnos de ellas más de una vez. Mi objeto es, tan sólo examinar en su conjunto el cuadro general que las representa.

Tampoco me extenderé mucho en las clasificaciones que han establecido nuestros antepasados ó nuestros contemporáneos; mi objeto no es entrar en detalles históricos. Por otra parte, semejante estudio me llevaría muy lejos, porque, como dice Buchez, así como todo

refórico al terminar sus estudios quiere escribir una tragedia, no hay médico mentalista que al llegar al fin de su carrera no quiera hacer una clasificación.

Casi todos los observadores han tenido en cuenta los fenómenos de excitación, de depresión, de las perturbaciones intelectuales, de la destrucción ó falta de inteligencia. Estos caracteres han servido con frecuencia de base á las clasificaciones. Sobre ellos se han fundado, entre otras, las de Esquirol. Hé aquí, en efecto, los extremos dentro de los cuales coloca todas las enfermedades mentales:

La lipemania ó melancolía de los antiguos, caracterizada por un delirio parcial que versa sobre un pequeño número de objetos, con predominio de una pasión triste, depresiva.

La monomanía ambiciosa ó megalomanía, en la cual el delirio, es también parcial y limitado á uno ó á un pequeño número de objetos, con predominio de una pasión alegre, expansiva.

La *mania*, en la cual el delirio es generalizado, se extiende á diversas suertes de objetos y va acompañada de excitación.

La *demencia*, en la cual el organismo modificado no permite que se verifiquen las funciones intelectuales.

La imbecilidad y el idiotismo, en los que los órganos incompletamente desarrollados, no permiten á los que la padecen razonar justamente.

Las clasificaciones de la mayor parte de los autores franceses, y aun las de los que, como Parchappe y Voisin, han querido tomar por base la anatomía patológica, se parecen en último resultado á la de Esquirol, sobre todo si se unen á ésta dos formas nuevas: la estupidez, descrita por Georget, y la parálisis general.

Pero, según el mismo Esquirol había observado ya, estas formas de enajenación, tan diferentes á primera vista, pueden transformarse una en otra, de modo que un mismo paciente puede presentarlas todas sucesivamente, así, tal enfermo, después de haber estado melancólico, se convierte después en maníaco para concluir por la demencia.

Esto es tan cierto, que hay autores como Neumann, que no han querido ver en las diversas formas de las frenopatías más que fases distintas de una sola especie morbosa, la enajenación mental. Por lo demás, según dice Morel; «la excitación ó la depresión son síntomas que se encuentran en todas las variedades de la locura, y que, por consiguiente, no constituyen formas esenciales».

Esto demuestra que hay un escollo que debe evitarse en la clasificación de las enfermedades mentales, y es el de querer simplificar demasiado, especificar mucho las formas. Rara vez es elemental la enfermedad mental, sino generalmente compuesta.

En la práctica importa, sobre todo en las denominaciones dadas a las enfermedades mentales, indicar los principales elementos monográficos de que se componen. Así, en mis registros de clínica encontrareis inscritas las formas más raras: una manía melancólica, una locura maniaca, una demencia parafórmica, una melancolía con demencia y manía, y una multitud de otras formas mixtas ó complejas. En mi primer tratado sobre las frenopatías, publicado en 1833, di á este orden de ideas todo el posible desarrollo.

Griesinger cae en el defecto de que hace poco os hablaba, cuando quiere clasificar las enfermedades mentales según sus desórdenes elementales. Divide éstas en tres grandes grupos, según que interesen las tres facultades primordiales: la inteligencia, la sensibilidad, la voluntad. Pero, como dice Dagonet, si se pueden estudiar aparte, independientemente unos de otros y considerados en sí mismos, estos desórdenes elementales, no sucede lo propio cuando se estudia el conjunto de la patología de las afecciones mentales y cuando se quieren examinar los grupos sintomatológicos por los cuales suelen darse a conocer. Esto es lo que Griesinger ha comprendido al describir de una manera especial las formas admitidas por los autores. Por lo demás, debo decirlos que nunca encontrareis tan sólo en las nociones psicológicas ni fisiológicas juntas las bases de una clasificación práctica. Heinroth fue el primero que intentó fundar su clasificación sobre tales datos, cuando dice que todas las formas posibles de las enfermedades mentales pueden colocarse en tres grandes divisiones (*Grenzübergangen, Geistesstörungen, Willensstörungen*). Sólo la aplicación de este sistema es inconcebible.

En este mismo orden de ideas se halla concebida la clasificación del Dr. Noble, que distingue las enfermedades en tres clases: pueden ser emocionales (*emotional*)—sensibilidad moral, nocionales (*notional*)—sensibilidad física ó intelectuales (*intelligential*). En la práctica esta clasificación es de una aplicación difícil porque exige del espíritu un trabajo largo y penoso para discernir el grupo de síntomas que el autor ha designado con dichos nombres.

El Dr. Bucknill clasifica todas las formas de enfermedades mentales en tres grupos: distingue enajenaciones intelectuales, emo-

cionales y volicionales. Como esta clasificación presenta las mismas dificultades que las anteriores, no entraré en mayores detalles sobre la materia.

También me contentaré con citar la del Dr. Tuke, que ha colocado todas las vesanias en tres clases, caracterizadas por un estado morboso de la inteligencia, de los sentimientos morales, de las propensiones animales.

En mi concepto, la mejor clasificación será siempre la que hable más pronto y de la manera más lúcida á la inteligencia del práctico. En los cuadros nosográficos debe designarse el fenómeno más saliente y no la esencia íntima, á ménos que ésta se presente en estado de evidencia completa. Por esto una clasificación fundada únicamente en la anatomía patológica, como las propuestas por Parchappe y Voisin, es todavía imposible en el momento actual. Lo propio diremos de la agrupación etiológica. Morel ha hecho un ensayo brillante en Francia; pero apesar de todo el prestigio de su evitable talento, no ha podido hacerle entrar en la ciencia. Después el Dr. Skae, en Escocia, ha publicado también una clasificación que, queriendo crear formas en medio de la observación clínica, se halla, sin embargo, enteramente basada en la etiología. Si ha encontrado en Inglaterra entusiastas partidarios por su sistema, también se han levantado contra ella objeciones serias, á las cuales sus partidarios más convencidos no han podido responder.

Por lo demás, todos los tratados recientes de patología mental se contentan con citar estas tentativas con elogio, pero no consiguen utilizarlas para la descripción metódica de las frenopatías. Esta es una prueba palpable de la insuficiencia de una clasificación etiológica en el estado actual de la ciencia.

FORMAS ELEMENTALES

1. Sucede con las afecciones mentales lo que con cualquier otra enfermedad: a un caso dado no corresponde otro idéntico, semejante.

¿No sucede así con las caras y los diferentes tipos de carácter del hombre? Siempre nos encontramos en presencia de formas, expresiones y tipos nuevos.

Pero, mucho más que en cualquier otra afección, las variedades

se multiplican y se complican en las enfermedades mentales: creo que no me equivocaré al evaluar en más de 100 las diversas formas bajo las cuales pueden presentarse las frenopatías.

El arte de la observación debe tender a encontrar en este número prodigioso manifestaciones, tipos elementales, expresiones fundamentales.

Tomemos una comparación del arte musical.

En música, como en lingüística, se reducen todas las entonaciones a una serie de sonidos fundamentales: hay siete notas para la música, cinco ó seis vocales para la lengua, del mismo modo que en pintura sólo se reduce á los colores del prisma.

En las enfermedades, y sobre todo en las mentales, sucede lo mismo: hay tonos, colores fundamentales. La enajenación tiene sus acordes, sus frases, sus palabras, sus colores elementales.

2. Así, para poder establecer todas las formas capitales bajo las cuales se presenta la enajenación mental, deben buscarse los caracteres fundamentales de la expresión morbosa.

Tales caracteres los encuentro en las seis manifestaciones fisiológicas siguientes:

A. Una madre sentada á la cabecera de su hijo peligrosamente enfermo, es la imagen de la tristeza.

B. El hombre poco acostumbrado á las reglas de etiqueta de las regiones elevadas de la sociedad, quedase estupefacto ante un príncipe que debe dirigirle la palabra, expresa los caracteres de la estupefacción, de la perplejidad.

C. El hombre que se anima, reacciona, se enfada, se defiende, lucha con palabras y acciones, representa una moral exaltada.

D. El que afecta un continente ridículo, que se anuncia en todas partes como un hombre raro en sus gustos, en su conducta, representa la singularidad en las impulsiones.

E. El error se encuentra en el que levanta planos, en el creador de castillos en España.

F. La nulidad existe en esa criatura que se denomina un simple de espíritu, un imbecil.

En estos grupos, tomados en el estado natural, basco los tipos de mi clasificación de las enfermedades mentales.

Se hallan en las seis formas elementales siguientes:

I. *Melancolía*. — *Frenalgia*: exaltación de los sentimientos de tristeza.

II. *Estasis*. — *Frenoplexia*: suspensión de los actos intelectuales con rigidez general.

III. *Manía*. — *Hiperfrenia*: exaltación apasionada de la moral.

IV. *Jecura*. — *Parafrenia*: anomalías de la voluntad impulsiva.

V. *Delirio*. — *Ideofrenia*: anomalías en las ideas.

VI. *Demencia*. — *Afrenia*: decadencia, obliteración de los actos morales é intelectuales.

Cada una de estas formas puede presentarse, ora en estado simple, ora compuesto.

En estado simple constituye una monomanía, una monofrenia.

Hay, pues, otras tantas monomanías como formas elementales de la enajenación mental.

Nada más confuso que la denominación de las enajenaciones parciales: que Esquirol ha calificado de monomanías; esto lo hizo observar ya Marc. El mismo Esquirol ha sido bastante confuso en la definición de esta palabra; ora hace de la melancolía una monomanía, ora considera esta última como una aberración de las ideas.

En el día se ha llegado á negar la existencia de las monomanías, no se admite trastorno limitado á ciertas facultades, á ciertos sentimientos. Estas alteraciones parciales sólo existen en apariencia, y son constantemente el producto de un fondo morboso general sobre el cual se desarrollan. Para más amplos detalles podéis consultar á los Dres. Morel y Falret, que han definido extraordinariamente la opinión de la no existencia de las monomanías. Los Dres. Baillarger y Pinel, niéto, han sostenido, por el contrario, las ideas de Esquirol acerca de esta materia.

Quando reflexiono bien respecto á todo lo que he visto en el curso de mi larga carrera de médico, debó deciros también que no existe monomanía en el sentido riguroso de la palabra. Al lado de la alteración parcial denominante, he encontrado siempre otros fenómenos que anuncian un trastorno intelectual más general. Pero en la práctica no debemos detenernos en estas sutilezas, y como en realidad la enfermedad se limita amenudo á un círculo de ideas, á una categoría de sentimientos, para nosotros un elemento morboso constituirá una monomanía, una monofrenia ó monofrenopatía.

La monofrenopatía, pues, es para nosotros una forma elemental simple, aislada, parcial.

Formas compuestas

En otra categoría deben colocarse las formas compuestas, binarias, terciarias, cuaternarias y aun más complejas.

Son formas mixtas las *morbi mentis mixti*, designadas por Heuroth:

- las polifrenopatías;
- polimaniacalías;
- polimaniás;
- polidelirios, etc.

Las más veces la enajenación mental es un estado compuesto de diferentes formas elementales más o ménos singularmente combinadas entre sí, que, sin embargo, se consigue reconocer fácilmente.

Toda la fenomenología de las enajenaciones mentales, todos los diversos aspectos de estas enfermedades, se encuentran en las combinaciones que efectúan entre sí las diferentes formas fundamentales que acabo de enumerar. En su curso vemos que se metamorfosean: ciertos elementos dejan de presentarse, surgiendo otros nuevos elementos o reapareciendo algunos; son siempre colores morbidos que se combinan y se descomponen.

Este mosaico de síntomas debéis comprenderlo bien. Os hace ver la enajenación revistiendo constantemente formas nuevas, ora fugitivas, ora permanentes, ora sencillas, ora combinadas de la manera más rara, más compleja, presentando antagonismos, congenerismos, semejanzas, oposiciones, que á veces hacen muy difícil la apreciación de la enfermedad; cuando se pierde de vista este mecanismo patogénico,

Encontrareis:

- la tristeza y la exasperación;
- la exasperación y la excentricidad;
- la excentricidad y el error.

Y también encontrareis:

- la tristeza y el error asociados a la cólera;
- la cólera, la nulidad y el delirio, hasta las asociaciones más complejas.

Fenómeno radical

3. El arte consiste en buscar en un grupo dado de síntomas el radical dominante é indicar sus asociados. La palabra que expre-

se la nota patológica fundamental esencial precederá á las demas en la designación de la asociación morbosa. Así, propongo decir:

Manía melancólica, si la excitación domina en importancia á la tristeza y al dolor moral concomitantes;

Melancolla maniaca, si la frenalgia es el síntoma más saliente;

Unas veces se dirá manía delirante, otras delirio maniaca;

Manía con demencia ó demencia con manía;

Manía epiléptica ó epilepsia con manía.

Encuentro, pues, en la enajenación síntomas esenciales, y observe también síntomas secundarios, síntomas satélites.

La primera designación caracterizará el género y la forma principal de la enfermedad.

Las demas serán, en cierto modo, accesorias; aparecen y desaparecen segun el curso de la enfermedad. Unas como otras pueden no ser permanentes; pueden manifestarse tan sólo momentáneamente y encontrarse reemplazadas por fenómenos nuevos.

Cifra proporcional

Terminaremos este preámbulo por algunas consideraciones relativas á la proporción con que se presentan las formas de la enajenación mental.

Ante todo debo haceros observar que la frecuencia en la manifestación de tal ó cual género morboso varía mucho, segun las diferentes circunstancias que presiden á su desarrollo.

Así, si habeis hecho vuestra estadística tomando por base un establecimiento en el que sólo son admitidos los pobres, la cifra proporcional de las formas capitales diferirá considerablemente de la de una casa particular, donde sólo se reciben personas acomodadas.

También debemos indicar que las costumbres del país influyen sobre las formas de las enfermedades mentales, del mismo modo que las disposiciones atmosféricas. En Gante hemos observado en los últimos años, cuando las clases obreras se hallaban sometidas á las mayores privaciones, un aumento considerable de la cifra de los dementes; ha sido progresiva durante dos años hasta tal punto que las formas morbosas se presentaron en las proporciones siguientes.

Por 100 admisiones,
32 dementes,
28 maniacos,

17 melancólicos,
20 delirantes,
18 locos,
2 éxtasis.

Ahora bien, durante la serie de años que precedió á los calamitosos de 1847, 1848 y 1850, nuestros establecimientos públicos de Génova contenían:

Por cada 100 admisiones,
35 manías,
25 melancólicos,
20 demencias,
20 delirios,
19 locuras,
2 éxtasis.

En un manicomio cerca de Nueva-York, dirigido por los eméritos, las formas de enajenación se presentaron, según el Dr. Thurman, en estas proporciones:

Por 100 enajenados admitidos,
45 maníacos,
35 melancólicos,
10 monomaniacos,
8 dementes.

En el manicomio de Turín, según los cuadros formados por el Dr. Bonaccosa, las entradas ofrecieron:

1 maniaco	por cada	4 $\frac{1}{2}$ entradas.
1 melancólico	»	4 »
1 demente	»	5 »

Nuestras cifras se acercan mucho á la proporción normal observada en el norte de Italia.

Se distinguen, en cambio, bastante de los cuadros tomados en el establecimiento de cerca de York; pero tal resultado se explica allí, como en nuestros establecimientos privados, llegan menos dementes. En dichos manicomios la población de los enfermos se compone de personas que no pertenecen á la clase de los indigentes, son comerciantes, industriales, viajeros, que conservan unido á sus enajenados en el seno de la familia cuando éstos no son peligrosos, como, por ejemplo, los dementes. Esto es lo mismo que observamos en nuestros establecimientos particulares, en los que se reciben menos dementes que en los hospicios públicos. Sin embar-

go, puede exceptuarse un género de demencia, la parálisis general, muy frecuente en todos los establecimientos privados.

En los cálculos recogidos en el establecimiento de Roen por el Sr. Parchappe, se encuentran

42 maníacos,
25 melancólicos,

por cada 100 admisiones.

En otro tiempo era también la manía la que en nuestra evaluación numérica constituía la cifra principal. Ahora es la demencia. Pero desde que la prosperidad renace á consecuencia de nuevas industrias introducidas, nuestras enajenaciones comienzan á cambiar de forma y volvemos insensiblemente á la cifra normal de los tiempos pasados.

Ahora bien, en el conjunto de los casos de enajenación que se encuentran en los establecimientos confiados á nuestros cuidados, es la manía la que con más frecuencia se presenta.

Después de la manía viene la melancolía.

La demencia se presenta en tercera línea.

El delirio y la locura no son ya enfermedades frecuentes.

El éxtasis pertenece á los casos raros.

Con respecto á la diferencia que se encuentra en los cálculos, se puede evaluar aproximadamente el valor numérico proporcional de las formas morbosas, en sus relaciones con las admisiones, de la manera siguiente:

Manía,	0,40.
Melancolía,	0,25.
Demencia,	0,20.
Delirio,	0,20.
Locura,	0,10.
Éxtasis,	0,02.

Es difícil comparar estas cifras con las que dan otros observadores, porque las denominaciones usadas para designar los diferentes géneros de enfermedad mental no tienen siempre el mismo valor.

No os entretendré, pues, mucho tiempo más en estos detalles de estadística, porque creo preferible poner ante vuestra vista muchos enfermos.

En la lección próxima me ocuparé, por lo mismo, de la exposición de los diversos géneros de enfermedades mentales.

Procuraré indicaros, lo más claramente que sea posible, los fenómenos que constituirán el objeto de mis explicaciones.

Las colecciones de que disponemos son bastante vastas para que podamos encontrar en ellas sin dificultad sujetos que pueden servir de modelo.

OBRAS QUE PUEDEN CONSULTARSE PARA LA CLASIFICACION
MONOGRAFICA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

1. Sauvages: *Nomenclature méthodique*, 1767.
2. Crichton: *An inquiry into the nature and origin of mental derangement*, 1782.
3. Chiarugi: *Della pazzia in generi et in specie*, 1794.
4. Reürath: *Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens*, 1818.
5. Spurzheim: *Observations sur la folie*, 1818.
6. Hoffbauer: *Mémoire légale relatif aux aliénés*, traducción de Chambreyron, 1825.
7. Foville: *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 1827.
8. Sc. Pines: *Physiologie de l'homme aliéné*, 1832.
9. Gaislain: *Des Pnéropaties*, 1833.
10. Bird: *Henck's Zeitschrift*, 1834.
11. Reichard: *On insanity*, 1835.
12. Ameling: *Beiträge zur Lehre von den Geisteskrankheiten*, 1835.
13. Bonaccossa: *Saggio di Stratagemas*, etc., 1837.
14. Esquirol: *Maladies mentales*, 1828. *Dict. des Sciences médicales*.
15. Canstatt: *Die Specielle Pathologie und Therapie*, 1841.
16. Fleeming: *Ueber Classification der Seelenstörungen*, 1841.
17. Jacobi: *Die Hauptformen der Seelenstörungen*, 1844.
18. Griesinger: *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, 1845.
19. Griesinger: *Traité des maladies mentales. Pathologie et thérapeutique*. Traducido por Doumie, 1863.
20. Maas: *Practische Seelenheilkunde*, 1847.
21. Bicharz: *Über die Grundformen der chronischen Seelenstörungen*. — *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1848.
22. Delasiauve: *Essai de classification des maladies mentales*.
23. Briere de Boismont, artículo en la *Bibliothèque du médecin praticien*.
24. Los grandes Diccionarios médicos (Jaccoud y Mechambre).
25. Morel: *Traité des maladies mentales*; 2 vol., 1852.

26. Falret: *Leçons cliniques de médecine mentale*, 1854.
27. D. Noble: *Psychological medicine*, 1855.
28. Lake: *On the various forms of mental disease* (*Asylum journal*), 1856.
29. Neumann: *Studien über Krankzinnigkeit*, vertaald door Kerbert, 1860.
30. Otto Müller: *Ueber die physiologische Grundlage einer Terminologie der Geistesstörungen*. *Allgem. Zeitsche. für Psychiatrie*, 1862.
31. Marcé: *Traité pratique des maladies mentales*, 1862.
32. Kahlbaum: *Gruppierung der psychischen Krankheiten und Eintheilung der Seelenstörungen*, 1863.
33. David Skae: *A rational and practical classification*. *Journal of mental science*, 1863.
34. Lion, sen.: *Ueber monomanien* (*Vierteiljahrchrift für Psychiatrie*), 1867.
35. Maudsott: *Insanity and its treatment*, 1861.
36. Foville: *Nomenclature et classification des maladies mentales*. *Annales médico-psychologiques*, 1872.
47. Strathill H. Wright: *Some remarks on Insanity*, 1873.
28. Skae y Clouston: *Morhavian lectures*. *Journal of mental science*, 1873.
39. Duckull y D. Tacko: *Psychological medicine*, tercera edición, 1873.
40. Schreöder van der Kolk: *Handboek der pathologie et therapie der Krankzinnigheid*, uitgegeven door Herten, 1885.
44. Coleccion Blomsson: *Krankheiten des Nervensystems*, 1875.
43. Crichton Brown: *Skae's classification of mental disease. A critique*. *Journal of mental science*, 1878.
43. Clouston: *Skae's classification*, Bilden.
44. Dugonol: *Nouveau traité des maladies mentales*, segunda edición, 1876.
45. H. Schüle: *Handbuch der Geisteskrankheiten*, 1878.

LECCION QUINTA

EXPOSICION DE LOS FENOMENOS PROPIOS DE LAS
DIVERSAS FORMAS DE MELANCOLIA

PRIMERA PARTE

Señoras:

Para facilitaros el estudio de la melancolía, que constituye el objeto de la lección de este día, voy a dividir en dos grupos los fenómenos que componen esta afección. En uno colocaré la melancolía, que llamaré general, y en el otro comprenderé las manías que puedan designarse con el nombre de especiales.

A estas últimas se ha dado con frecuencia el nombre de monomanía.

Para nosotros, estas afecciones serán *monomelancolías, monofralgias*.

Toda melancolía expresa la lesión de un sentimiento; es una afección dolorosa.

La tristeza puede ser un disgusto, en una mujer, por ejemplo, que llora la muerte de su marido.

Puede ser una inquietud; el sentimiento de una persona que se ha vuelto loca a consecuencia de un revés de fortuna.

La tristeza puede también ser un temor: el temor de haber ofendido a Dios.

Un horror: el infierno.

La alegría, el deseo, el horror, no pertenecen exclusivamente a la melancolía, pues se encuentran en otros géneros de frenopáthias.

La melancolía puede no ser más que una simple afección dolorosa, ó bien asociarse á otros fenómenos morbosos.

Puede definirse la enajenación morbosa de un sentimiento triste cualquiera, asociada á veces á actos insólitos, relacionada en algunas situaciones con una patología de las ideas; un estado que no puede hacer cesar el enfermo, que recorre ciertas fases y que, por su naturaleza, está exento de fiebre.

En mi práctica nosocomial he encontrado la melancolía ménos frecuente en los hombres que en las mujeres, pues la he visto en la proporción de 11 por 100 de las últimas y 6 por 100 de los primeros. En las clases superiores, la melancolía es más frecuente que en las clases necesitadas.

MELANCOLIA GENERAL

1. En el estudio que se hace de la melancolía, ora sea general ó especial, debemos proceder con órden é interrogar á cada facultad, preguntar á cada función intelectual, á las fuerzas instintivas, nativas, para saber cuál es la perturbación que experimentan.

Nos dirigiremos ante todo á la moral. Se estudia la tristeza en sus diferentes matices. Se continúan las irradiaciones de esta enfermedad en el dominio de la inteligencia y se estudian las manifestaciones exteriores. De este modo se consiguen conocer el conjunto de los síntomas y formular un cuadro completo de la enfermedad.

Ejercicio práctico intentado en una serie de melancólicos

2. En las personas que he tenido ocasión de presentaros, la melancolía se traduce en las facciones, en el gesto, en el acento de la voz.

Todo lo que los enfermos responden á vuestras preguntas presentará el tono, el color melancólico; todas sus ideas expresadas por palabras llevarán el sello del dolor moral.

3. Estos melancólicos se acusan á sí mismos. Deberían haber hecho ésto, dice; deberían haber hecho aquéello. Se imaginan haber cometido una acción censurable, criminal. Uno dice: Yo he ofendido á Dios; otro pretende haber firmado un documento que compro-

metá en fortuna ó la fortuna de sus hijos; el tercero se encuentra en una situación de duda que le parece afrentosa. El enfermo no sabe lo que debe hacer; se encuentra en una situación de irresolución que le angustia.

4. Otro se ve acometido de siniestros presentimientos: la policía va a hacer un escrutinío en él; será preso y ofrecerá al mundo el espectáculo de un hombre castigado por haber abusado de su pasión.

5. Todas las afecciones están transformadas en sentimientos penosos. Lo que el melancólico amaba antes de su enfermedad, lo que adoraba, lo considera con indiferencia, no le inquieta.

No quiero á mis hijos, dice una madre.

No quiero á mi marido, dice otra mujer.

Ya no rezo, dice la tercera; la vista de un sacerdote hace nacer en mí una repulsion para todo lo que se refiere á la religión. Yo no amo á Dios.

De todas las enajenaciones, la melancolía es la que más fácilmente se transforma en sentimientos religiosos.

6. Apesar de la tristeza que asalta á estos enfermos, no lloran más que rara vez. Uno de ellos suspira á veces, pero nunca derrama lágrimas. En casos excepcionales los melancólicos lloran, y entonces sus ojos se convierten en torrentes de lágrimas; durante meses enteros estos desgraciados no hacen más que llorar.

7. Tal estado obra sobre la inteligencia, que se halla más ó menos comprometida. El melancólico no comprende ó comprende mal lo que se le dice.

El enfermo que tenéis á la vista parece sordo, aunque en realidad no lo está.

8. Cuando la tenalgia es simple, cuando no se halla asociada á otras formas elementales del desorden mental, sobre todo á la manía, el sistema muscular se encuentra en un estado de prostración, en una especie de adormecimiento mezclado con cierta rigidez que puede llegar hasta el estado estático, hasta la rigidez cataleptica. Esta tensión es más marcada en los músculos flexores. Así, los melancólicos experimentan a menudo flexiones en los miembros inferiores, ora en el lado derecho, ora en el izquierdo. Tienen la marcha lenta, el paso mal asegurado. Muchos acusan una sensación de vacío, otros se quejan de vahidos, vértigos. Tal estado especial del sistema muscular es el que determina la descomposición

de las facciones del melancólico, lo mismo que el cambio que se observa en la entonación de la voz; él es el que imprime á la palabra ese carácter especial que obliga á los enfermos á hablar en voz baja, que los hace silenciosos.

Observad á esta mujer: se halla continuamente sentada, tiene la cabeza ligeramente apoyada sobre el pecho; los párpados entreabiertos, cubren en gran parte el ojo. Durante el día esta enferma no cambia de lugar; conserva siempre la misma actitud. Podría decirse que el influjo de la médula espinal, de la médula oblongada, de los centros cerebrales, se encuentra detenido en su curso. ¿Habeis comprendido bien las palabras de esta enajenada? Yo bien quisiera, pero no puedo. No puedo levantarme, no puedo tomar ninguna resolución. En efecto, no hay iniciativa; en vano se la insta á que se ocupe de cualquier trabajo manual; el libro, el trabajo, se le caen de las manos. En vano se la invita á pasearse; se mira, balbucea algunas palabras y no se mueve. No tengo fuerzas, dice, no sirvo para nada; soy la mujer más desgraciada de la tierra.

9. En algunos casos las melancolías dicen que experimentan una sensación de hormigueos, de pinchazos en el cráneo ó debajo del cuero cabelludo; la misma sensación se observa á veces en las piernas y en los brazos.

En algunos casos experimentan cefalalgias frontales ú occipitales, sobre todo durante el periodo prodromico de la enfermedad.

10. El estado melancólico detiene las manifestaciones del instinto. El enfermo deja de ser impresionado por el frío, por el calor; se dejaría helar en medio del invierno; colocado enfrente del sol no se quemaría. Esta insensibilidad, que es más bien aparente que real, expone á dichos enajenados á contraer graves enfermedades. Las afecciones de las vías respiratorias, las del tubo intestinal, son a menudo resultado del calor y del frío atmosféricos. El Dr. Zunker ha demostrado en la *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* con cuánta facilidad se establece un descenso de la temperatura propia del enfermo bajo la acción del frío exterior, y cuán desastroso es este descenso para los enajenados. El melancólico se desatúa enteramente, no peina sus cabellos, no se lava, apenas come ni bebe, á no ser que una mano extraña le obligue á ejecutar todos estos actos.

11. En su convalecencia el enfermo os dirá que ha pasado muchas noches sin dormir, que sin embargo algunas veces dormía, que ha tenido la cabeza dolorida, que le parecía durante su enfermedad

que no tenía cabeza. El insomnio es uno de los fenómenos más constantes del principio de la melancolía, y persiste amenudo durante todo el curso de la enfermedad.

El sueño, si existe es incompleto, poco profundo, interrumpido por terribles pesadillas y en manera alguna reparador; el paciente dice que está más fatigado por la mañana al levantarse que al acostarse por la noche. Así, la aparición de un sueño apacible, tranquilo, suele ser el mejor augurio para la feliz terminación de su mal.

12. Prestad vuestra atención al tinte de la piel de esta melancólica...; su color es parduzco, azulado, y no pedáis de vista que no es el tinte habitual que presenta la piel de esta mujer. Cuando se aproxime la convalecencia veréis que la piel se torna más clara, más trasparente, y que este color de la piel desaparecerá por completo.

No se dice la negra melancolía para designar el más alto grado de la tristeza y la influencia que ejerce sobre el estado de la piel.

A esta especie de color atribuyo la opinión que tuvieron los antiguos sobre la causa de la melancolía; este color es sin duda el que les hizo concebir la idea de una bilis negra mezclada con la sangre. Amenudo los labios están azulados.

Esta especie de cianosis que encontramos en muchos casos de tristeza morboza, es, en mi concepto, el resultado de un desorden sobrenatural en la elaboración y la circulación de la sangre. Creo que este colorido debe referirse á una congestión venosa, á una hematosis imperfecta. Tal estado se comprende muy bien en los frenéticos; se explica por la debilidad pulmonar, por la poca energía de los fenómenos mecánicos de la respiración. Acurrucados, encogidos sobre sí mismos, estos enfermos inspiran y espiran débilmente; los músculos inspiradores apenas obran. El corazón ha perdido gran parte de su fuerza, lo mismo que el diafragma; estos músculos se hallan en el caso de los músculos locomotores, se encuentran en un estado de torpeza. Lo propio sucede en el tífus, como he probado en otra parte. La debilidad del corazón unida á la debilidad pectoral, á la disminución de la cantidad de aire que entra en el pecho, produce un éxtasis en el sistema venoso, y da á la piel un color plomizo muy notable.

13. El órgano central de la circulación merece una atención especial; amenudo presenta palpitaciones y latidos violentos. La impresión que ha conmovido la moral ha llegado á modificar el cora-

zon, y de aquí resultan amenudo dos enfermedades que pueden presentarse á la vez. Así, esta mujer que se halla delante de vosotros tiene constantemente las manos de un color azul muy pronunciado, como si estuviera atacada de cefala. Ved sus labios; están cianóticos; ved la nariz y las cejas; están hridas. Hay indudablemente en ella un desorden en las funciones del corazón, un trastorno que puede ser nervioso, pero que tambien podría ser un estado orgánico. La muerte de su hijo ha colocado á esta desgraciada en tan triste situación.

14. Por lo general, en la melancolía la piel está fria, á no ser que el enfermo esté muy abrigado en la cama.

15. Explorad el pulso; le encontraréis acelerado; y digo acelerado para no confundirlo con el pulso frecuente que pertenece á las enfermedades febriles.

Esta aceleración en la acción del corazón no es, sin embargo, un fenómeno general. Con bastante frecuencia el pulso presenta una lentitud excesiva, y en ocasiones es grande. Rara vez es lleno, rara vez es duro.

Todavía no he podido hasta ahora explicarme las relaciones que pueden existir entre esta variación del pulso y los síntomas frenopáticos. Sin embargo, creo haber observado que el pulso es muy frecuente mientras el enfermo sufre, está triste, y que el pulso se hace lento cuando la enfermedad define las facultades del entendimiento. El enfermo se halla en el caso de los apopléticos, de los hidrocefálicos, en los que la circulación es amenudo muy lenta porque el cerebro deja de ejercer su influencia sobre las vísceras, como se ve en el sueño acompañado siempre de una lentitud del pulso.

16. Si llevais más allá vuestras investigaciones, veréis que apenas hay ninguna función que no sufra notables perturbaciones bajo la influencia de una tristeza morboza. Así, se observa una disminución general en todos los productos segregados; el producto grasoso disminuye en todas partes; en pocos días el enfermo adelgaza considerablemente, tiene la piel seca, los mismos cabellos se desecan tambien, las evacuaciones alvianas se verifican lentamente, la secreción de las lágrimas se suprime algunas veces, hay estreñimientos pertinaces, y amenudo las deposiciones están tenidas por una bilis muy oscura. Por cada 10 veces, en nueve no se verificó la eliminación menstrual.

SEGUNDA PARTE

MELANCOLIAS ESPECIALES

Después de haber trazado el cuadro de una melancolía que hemos denominado general, con relación á la multiplicidad de sus elementos constitutivos, me propongo ahora daros á conocer las situaciones en que esta enfermedad toma una forma particular y recibe un nombre especial, una *monomelancolía*, una *monofrenalgia*.

I

El estado más sencillo que puede presentar la melancolía especial, es:

La *melancolía sin delirio*, de Elmüller. Se encuentra en las afecciones mentales designadas con el nombre de:

Melancolía moral.

Monomanía afectiva de Esquirol.

Esperanza razonante del mismo.

Melancolía simple de Heinroth.

Por nuestra parte, nos atenderemos á la primera denominación; diremos melancolía sin delirio, y algunas veces también frenalgia sin delirio.

La melancolía sin delirio se encuentra en las formas que los autores ingleses comprenden con el nombre de *moral insanity*. Es una variedad de la *emotional insanity* de Noble.

Cuyo que la frenalgia sin ideas delirantes se presenta en la mitad de los casos de melancolía. Entre 100 admisiones se presenta unas 19 veces en los establecimientos de Gante.

Esta vesania es exclusivamente una enajenación de los sentimientos afectivos; es, en toda la fuerza de la acepción, una *ge-*

müthbrankheit, en el sentido de los frenopatas alemanes. Es una emoción patológica, una tristeza, un disgusto, una ansiedad, un temor y nada más.

No es un estado que debilita sensiblemente las concepciones.

No es una situación en que el enfermo presenta anomalías notables en los actos.

Como tal, esta vesania puede constituir la fase incubatoria de un estado ascensional más grave.

Puede también constituir el período terminal de otras afecciones.

Puede ser aguda, puede ser crónica.

DE LOS SUJETOS ATACADOS DE MELANCOLIA SIN DELIRIO

I. Este estado se ofrece exclusivamente como una lesión de la sensibilidad moral, como una frenalgia en toda la acepción de la palabra; existe, pues, un desorden notable de la inteligencia, y algunas veces con una integridad completa del yo.

Nada tan asombroso como esos hombres profundamente entristecidos, que analizan todas sus ideas, todos los fenómenos de su situación especial, que razonan con entera lucidez de conciencia sobre la impotencia de su voluntad, sobre el deseo que experimentan de salir de esta situación de temor y de amargura. Así, el otro día uno de mis melancólicos entrados experimentó una recaída y me dijo: «No creo que mi curación haya sido real, porque la situación en que me encontraba era una exaltación; me levantaba por la mañana temprano; mi sueño era agitado, había poca actividad en mí, y, sin embargo, hoy hay muy poca; yo quisiera estar siempre así, encontrarme en mi cama; parece que mi cuerpo no me pertenece.

Uno de mis enfermos, en una nota redactada por él sobre su enfermedad, me escribió las siguientes palabras:

«El hombre es siempre un mal apreciador de su propio estado normal; así, pues, yo no puedo decir si las facultades de la inteligencia están obliteradas en mí, pero siento que mis facultades afectivas están trastornadas; yo me dormí, me inquieté y me asusté por las cosas más insignificantes. Soy misántropo en exceso. No puedo entregarme á ningún trabajo de espíritu. La lectura me fatiga, me agita. He pasado cinco ó seis días haciendo la presente nota, escribiendo media hora cada día.»

Este mismo enfermo, en otra ocasión, escribía las dos cartas que también voy á leeros:

«Mi querido... tu carta fecha... me ha producido algun consuelo, algun alivio, pero no me ha quitado mis sufrimientos ni mis angustias, que existen, ora en un sentido, ora en otro. Decididamente mi estado se agrava de día en día. Ayer estubo muy molesto y triste todo el día sin un momento de reposo, y hoy todo hace suponer que continuaré lo mismo. Me encuentro profundamente agobiado; no sé lo que haré, pues no quiero dár con mi melancolía un espectáculo por las calles. Me encuentro aquí aislado y siempre entregado á mis pensamientos. Si hubiera podido continuar al ménos como estaba hace tres semanas, gozaria un estado soportable. Hubiera podido proporcionarme alguna distracción tranquila con paseos, ejercicios, etc., pero comprendo muy bien que éstas son ilusiones á las cuales debo renunciar en absoluto.

Ayer pasé un día detestable; mis accesos comenzaron con gran violencia á los ocho y media de la mañana, cuando recibí una carta de M. Durason, casi sin interrupcion hasta las 10 de la noche. Sin embargo, pasé una buena noche. Dormí, pero con penosos ensueños. Ahora me siento bien, estoy agitado, etc.

«El martes me ha durado el ataque desde las siete de la mañana hasta las 10 de la noche, casi sin interrupcion digámoslo así. Sin embargo, pasé algo por la ciudad é intenté leer. Llegué á leer cinco ó seis páginas sin comprender mi lectura, pero áun entónces no dejé de encontrarme mal. Pasé bien la noche; dormí, salvo algunas interrupciones, hasta las seis. No sé cómo pasaré hoy el día. Me parece que me encuentre algo mejor que ayer.

2. El conocimiento de estos maticos morbosos, digámoslo así, es de una gran importancia cuando se trata, por ejemplo en una cuestion médica-legal, de decidir si el enfermo es ó no responsable de sus actos. Hace algunos días una señora vino á consultarme, y me dijo: Teneis en vuestra presencia á una señora que sabe perfectamente lo que dice, lo que piensa y lo que hace; pero me hallo dominada por una invencible tristeza. En presencia del mundo puedo necillar esta melancolía durante algunas horas, pero cuando estoy sola me entrego á los ataques más frenéticos. Y, sin embargo, soy una mujer feliz, amo á mi marido y á mis hijos, pero tengo en mi corazon un dolor, una agitacion que no me dejan un instante de reposo.

La apreciacion de este estado presenta otra importancia: la de las deducciones que pueden proporcionar en favor del pronóstico. Ya veremos que, cuanto más se separa la melancolía del tipo de su alteracion fundamental, tanto ménos favorables son las probabilidades de curacion.

3. Hé aquí dos enfermas, ambas frenálgicas, cada una de las cuales presenta un matiz especial: la primera considerada en estado simple, en estado de afeccion sentimental.

El primer paciente es una mujer que desde hace algunos días ha entrado en vías de convalecencia. La expresion de su fisonomía, su actitud, el acento de su voz, anuncian todavia hoy el carácter fundamental de su enfermedad. Toda una serie de causas determinó esta afeccion, que se presentó de nuevo á los nueve años de curada. Primero hubo disgustos domésticos, despues sospechas de infidelidad, y, por último, un terror, un violento revés de fortuna. Pero la enfermedad no fué más que una simple tristeza sin desórden fijo, ora en la inteligencia, ora en las ideas, ora en la voluntad.

En el segundo sujeto veis por la expresion de su cara, por su posicion (está sentado), por su actitud general, que le domina un gran temor. Es un terror que da á todas las ideas de esta paciente un color especial. Esta desgraciada tiene 70 años; hasta los 60 fué siervienta de una casa, pero despedida por su edad avanzada, tuvo que ganar el pan cosiendo. Mas hace un año comenzó á perder la vista; la pérdida total de este sentido aniquiló todos sus medios de subsistencia, su moral sufrió un rudo golpe. Hacé seis meses fué conducida al Hospital, donde pasó por todos los periodos de un tífus; en su convalecencia, estuvo enajenada y atacada de terrores melancólicos. En la actualidad, desde que se halla aquí, continúa presentando los mismos síntomas, pero nada anuncia en ella un desórden en las ideas.

4. Muchos médicos mentalistas, sobre todo en nuestros días, han pasado en silencio esa variedad tan notable de melancolía que caracteriza una falta de ideas delirantes. Desde Pinel se ha dicho que la melancolía consiste en la excesiva intensidad de un delirio exclusivo; se quiere que haya en esta afeccion cierto desórden apreciable en las concepciones. Sin embargo, Lorry había dado á conocer perfectamente la *melancholia sine delirio* combatiendo la idea de Boerhaave, que no veía en esta afeccion más que ideas delirantes. (*Non enim omnes deliri dici possunt, dice Lorry, qui timore aut tristitia*

praeter rationem afficiuntur et melancholico morbo laborant.—Præterea diu omnes æque deliros pronuntiant viri summi, legem unquam, videtur sancire... Multi tamen sese ipsos incensant, morbumque menti imperitare fatentur, sese ab errore averiunt, ubi quo eo plus ratione potiri dicendi sunt, quo illa magis institutibus morbidis causis obsistit, licet debilitatis sensuum organo, vero eos mente laborare fatendum est.)

5. Todos los días encuentro melancólicos que no ofrecen desórdenes en las ideas, en las facultades de apreciación. Esta observación, por lo demás, se encuentra confirmada por las cartas que acabo de daros á conocer. A decir verdad, algunos autores han creído que debían excluirse estas afecciones del cuadro de las enfermedades mentales, pero equivocadamente.

Así, Fernando Nasse no cree que deban colocarse las lesiones puras y simples del sentimiento en el número de las verdaderas enajenaciones. En su trabajo titulado *Die Regeln der Irrenheilen der Gefühle*, este frenógrafo ha desarrollado extensamente una opinión que no puedo adaptar.

En otra Memoria sobre las *Gemüthskrankheiten*, inserta en el *Zeitschrift de Dameron*, etc., este escritor ha insistido mucho en demostrar lo que las afecciones de que se trata presentan de especial. Es un pequeño escrito que podéis consultar con fruto. También debéis leer el estudio médico del Dr. de Smith, de Bruselas, sobre la melancolía. Encontraréis en esta monografía detalles interesantes, consideraciones nuevas, datos notables, sobre todo para la fisiología patológica de la enfermedad que nos ocupa.

6. Muchas afecciones caracterizadas por la tristeza sin delirio pueden revestir la forma monofrénica.

Entre otras encontramos:

- La melancolía hipocondríaca y la nostálgia;
- la melancolía amorosa;
- la melancolía misantrópica.

Estas afecciones son también fenómenos ordinarios de una poli-melancolía.

Pueden constituir fenómenos permanentes ó síntomas transitorios.

II

La melancolía se caracteriza algunas veces por una excesiva inquietud respecto á la salud.

El enfermo tiene una propensión á ocuparse sin cesar de sus males, que no suelen ser reales.

Esta es la melancolía hipocondríaca (*melancholia hypochondriaca*) de Semert.

- la *cerebropatía* de Georget;
- la *marcación cerebro ganglionar* de Brachet;
- la *monomanía hipocondríaca* de Dubois, de Amiens;
- la *hipocondría* de la mayor parte de los autores.

También podría denominarse esta afección de una manera más conveniente:

- patofobia*,
- monopatofobia*.

Hay una afección á la cual el vulgo da aménudo el nombre de *afección nerviosa*. No debe confundirse con la afección que el doctor Bonchut describió hace algunos años (1858) en la *Gazette médicale primero*, y despues en un tratado especial con el nombre de *Neurosisismo*. Este es, en el fondo, un histerismo masculino en el cual faltan la mayor parte de los fenómenos habituales de tal enfermedad, como el bota hístico, la constricción en la garganta. Estos síntomas son reemplazados aménudo por una sensación dolorosa por detrás del velo del paladar, rouquera y afonía. Tales fenómenos se manifiestan aménudo cuando el sujeto hace uso de un licor espirituoso tomado en pequeña cantidad. Anuncian un aumento de la sensibilidad en la parte posterior de la faringe.

1. La melancolía hipocondríaca debe considerarse como uno de los matices más pálidos del estado frenopático, y en este sentido pertenece de lleno, como acabamos de decir, á las vesanas morales. Es un estado de inquietud, en el cual el yo se ocupa continuamente de un malestar ó una situación en la cual la imaginación llega á dar á los sufrimientos reales ó ideales proporciones considerables, aménudo gigantescas.

Esta enfermedad ocupa en los cuadros nosográficos una posición dudosa. Unos la consideran como una verdadera enajenación,

otros la colocan entre las neurosis y la asimilan al histerismo. Por mi parte, reconozco indudablemente la afinidad real que existe entre ambas afecciones; pero, por otro lado, creo que la hipocondría es un trastorno de la moral, es decir, una verdadera enajenación. Lo que lo prueba son las transformaciones de esta afección en otras enfermedades mentales. Una observación que importa no perder de vista, es que la ilusa hipocondriaca nace gradualmente de la melancolía. El enfermo comienza por estar triste, sin hablar de sus males imaginarios, toma, se aflige antes de dar un motivo de la causa que tema ó le aflija. Es indudable que el desórden del sentimiento precede al de la imaginación.

UN SUJETO ATACADO DE HIPOCONDRIA MORAL

2. La hipocondría presenta dos formas, que deso daros á conocer; la primera es el estado que yo denominaré la *hipocondría corporal*; la otra es la *hipocondría mental*, la melancolía hipocondriaca propiamente dicha.

A. Los que están atacados por la variedad de hipocondría corporal, se creen enfermos y hasta verdaderos enfermos. Creen padecer todos los achaques, todas las enfermedades; experimentan todos los males de que oyen hablar. Se dirigen á los médicos, á los curanderos, á los practicantes, á los charlatanes, con objeto de poder explicarles su enfermedad y solicitar de ellos remedios que, generalmente, toman con avidez.

La hipocondría corporal es una enfermedad rara en los establecimientos. Apenas se presenta una vez entre 200 admisiones, siendo mucho más frecuente en la sociedad.

Los hipocondriacos propiamente dichos, sólo van á los establecimientos en un período muy avanzado de su enfermedad.

B. En la *hipocondría mental* existe otra fuerza; hay la expresión de una sensación más abstracta, más esencialmente melancólica; es un matiz frenopático mejor delineado.

Es un estado en el cual el enfermo se examina y experimenta una necesidad continua de todos los sufrimientos morales que le aquejan. Nada tan penoso para el sujeto que os acabo de presentar como el ver que no se presta atención á sus quejas; habla siempre de sí mismo, de sus reveses de fortuna, de sus desgra-

cias, verdaderas ó imaginarias, no para hablarlos de su enfermedad, sino para comunicaros las mil y mil inquietudes que le agitan, los temores que le dominan, los peligros que cree entrever.

La tristeza es el fenómeno dominante de esta enfermedad, pero es siempre un temor, un terror.

El enfermo experimenta al mismo tiempo una multitud de inquietudes vagas. Si yo hubiera hecho esto, dice, ó si yo hubiera hecho aquello! Ma he olvidado de ir á casa de V.; he omitido seguir los preceptos que V. me dió; toda mi máquina se desgasta, he perdido mi salud... Hay en tales enfermos un estado de duda y de vacilación notables.

Estos caracteres se aplican perfectamente al enfermo que acabo de someter á nuestro examen. Ved su cara, su actitud, su hábito exterior. No tenéis aquí ni las facciones, ni el gesto de un enajenado. Su cara no os dice casi nada. Es preciso hacerle hablar.

En la hipocondría corporal la tristeza es ménos pronunciada que aquí, pero las inquietudes relativas á la salud están mejor articuladas. En la hipocondría mental el enfermo guarda mucho más tiempo el dominio de sí mismo, el poder de conducirse en sociedad.

3. El hipocondriaco experimenta los síntomas más raros; se queja de vértigos, de un vacío que experimenta en el cráneo, de cierta inaptitud para todo trabajo intelectual; acusa una gran impresionabilidad de los sentidos, posee una confianza ridícula, limitada, en tal ó cual sustancia. Un temor de salir, de exponerse al aire, le domina. Toma la resolución, por ejemplo, de no viajar nunca por los ferro-carriles; siente otras veces zumbidos de oídos, y se los tapa con algodón en cantidad exagerada. Quiere llevar tal ó cual vestido y no tal ó cual otro.

4. La hipocondría es a menudo sintomática. Acompaña á las neurosis del corazón, á las afecciones del pericardio; también se refiere á una disposición gótica, á una gota anómala; acompaña á las pérdidas involuntarias ó voluntarias (1) del esperma en personas que han llegado á cierta edad.

No es del todo rara en la obesidad abdominal, y, por regla ge-

(1) Consultese la obra de Tissot sobre *El onanismo, enfermedad que puede producir la masturbación*. Versión española del Dr. M. Carreras Sanchis. Madrid, 1876.

neral, ataca lo mismo á las personas fuertes, sanguíneas, que á los individuos delgados, delicados y nerviosos.

La edad crítica en las mujeres es una causa de melancolía hipocondríaca. Lloran continuamente, acusan intolerables dolores sin poder indicar el punto en que sufren. Se ven asaltados por temores y terrores vagos, y siempre relativos á los órganos enfermos. Muchos se imaginan que tienen agua en el pecho.

Tal estado va acompañado de retracción de las paredes abdominales, de enfriamiento y de constricción en la garganta.

5. La melancolía hipocondríaca es, por su naturaleza, muy crónica; amenudo va acompañada de un trastorno muy visible en la salud física. El enfermo presenta un color amarillento; los ojos un círculo especial; el estremimiento, frecuente y pertinaz, y los eructos le atormentan; experimenta latidos del corazón; se queja de dolores, de un malestar en la región hepática, en la del bajo; experimenta cardialgias y neuralgias diversas; tiene un apetito singular; sus miembros enfriáscen; su vientre se deprime, ó bien se desarrolla y adquiere cierta dureza al tacto.

No es raro observar un flujo hemorroidal muy abundante, la supresión de este flujo, ó bien un vómito de sangre negra.

6. La hipocondría se puede manifestar en estado simple ó en el de enajenación compuesta.

Puede presentarse tambien como un elemento de la predisposición á las enfermedades mentales.

Asimismo puede constituir el período prodromico de otras afecciones mentales, ser un verdadero trastorno moral y tener una duración muy larga, antes de constituir un estado morboso perfectamente definido. Por mi parte, le he observado con frecuencia como prodromo ó como forma inicial de la melancolía, de la manía, de la parálisis general.

La hipocondría puede sufrir diferentes transformaciones. No es raro ver que la melancolía hipocondríaca se metamorfosea en melancolía religiosa; las alarmas del enfermo se convierten en ideas de desesperación; éstas, á su vez, se transforman en ideas delirantes, en concepciones relativas al castigo eterno que le aguarda en la otra vida, en demonofobias.

Es una cosa bastante comun ver que la melancolía hipocondríaca se transforma en suicida.

Tampoco es raro ver que la monomanía suicida tome la forma de

una hipocondría. Hay casos de hipocondría en los cuales vemos que esta afección se complica con manía.

Como ya he tenido ocasion de decir, la hipocondría va acompañada de ideas delirantes y no se limita á un simple temor.

Puede constituir el período intercurrente de dos accesos de manía, ó de melancolía intermitente ó periódica.

Puede ofrecerse como carácter de una convalecencia incompleta de manía ó de la melancolía general ó especial.

La hipocondría, más que cualquier otra melancolía, marcha por accesos, por paroxismos, por exacerbaciones. En ella se descubre manifestamente esa intermitencia que existe en el fondo de todas las freuálgias. Cada acceso se caracteriza por una manifestación más ó ménos fuerte de la sensibilidad moral, y algunas veces por angustias, un estado de postración que se deja sentir, sobre todo por la mañana; algunas veces por síncope que simulan un estado congestionario del cerebro, y que merecen la atención del médico para que éste no confunda las dos situaciones.

Poseemos una excelente descripción de la hipocondría por el señor Louyat Villermy, en el *Dictionnaire des Sciences médicales*.

El Dr. Falret ha tratado tambien de la hipocondría.

Los trabajos más recientes sobre esta afección son los de Brachet y de Michéa.

En el siglo XVII la hipocondría dió margen á un número prodigioso de disertaciones y Memorias.

Respecto al siglo XVIII, sólo citaré el pequeño tratado de Luco, publicado en 1791, y muy notable bajo el punto de vista práctico.

III

La melancolía se refiere algunas veces á un violento deseo de volver al hogar doméstico; entónces constituya una afección á la cual se ha dado el nombre de *nostalgia*,

de *nostalgia*,

de *nostomanía*,

de *patopatrídalgia*,

de *patopatrídomanía*.

Reina en los ejércitos, y en concepto de todos los observadores en

tiempo de guerra hace grandes estragos entre los soldados jóvenes.

La nostalgia ataca también á los viajeros, á los *touristas*, hombres á quienes la curiosidad impulsa á visitar países lejanos.

Se encuentra asimismo en los claustros y también en las cárceles, sobre todo cuando la prisión es muy prolongada.

Ha sido descrita particularmente por los médicos militares. El célebre Larrey, en su *Requisit des membres de chirurgie*, ha escrito sobre esta afcción algunas páginas muy interesantes. Langer ha escrito también un tratado sobre la nostalgia, *über das Heimweh*. Igualmente se pueden ver diversos artículos sobre el mismo punto en el *Friedrich's Magazin für Seelenkrankheiten*.

Aquí, en Bélgica y en la época actual, apenas hemos tenido ocasión de observar esta enfermedad, á no ser entre los desterrados jóvenes. Encontramos preciosos detalles en la *Considerations sur la nostalgie*, publicadas por el Dr. Jansen, en los *Annales de la Société de médecine de Gand* (1869, tomo II).

IV

El amor puede encontrarse en el fondo de la melancolía.

Los autores han designado esta variedad de frenalgia con el nombre de

Melancolía amorosa,

Melancolía erótica, de Sauvages.

Melancolía amorosa.

Puede no ofrecer ninguna perturbación en el dominio de las ideas, y no constituir más que un profundo dolor afectivo.

Se observa bastante rara vez como un estado decididamente patológico. Muchas melancolías tienen su punto de partida en un amor desgraciado; pero existen pocas en las cuales haya conservación de los sentimientos amorosos.

La melancolía amorosa, la *erotomelancolía* es, pues, una afcción rara. Apenas se presenta una vez entre 400 admisiones, al menos en Bélgica, en estos establecimientos.

Puede, á decir verdad, constituir la fase profrónica de la erotomanía.

Generalmente se ha confundido con esta última, que es una afcción completamente distinta. Debo advertir también que cosa

extraña! la melancolía en general puede caminar á la par de los deseos eróticos, algunas veces muy pronunciados.

V

Se ha descrito una *melancolía misantrópica* (*melancholia misanthropica* de Sauvages, *antipathica* de Heinroth).

Los enfermos buscan la soledad y huyen del contacto de los hombres. Se retiran á sitios separados, algunas veces detrás de las puertas, de los muebles, de las mercancías y hasta de los escombros, pudiendo permanecer días enteros sin beber ni comer.

La melancolía misantrópica en estado simple es una enfermedad rara. De cualquier modo, la aversión para la sociedad de los hombres, la necesidad de la soledad, la repugnancia por los placeres del mundo, son la esencia de toda melancolía.

Esta enajenación es a menudo el preludio obligado de la melancolía religiosa, de la suicida y de la homicida. Se presenta también como una monomanía metamorfoseada, así es que sucede á veces á la manía; también se encuentra en lo que se ha llamado la locura circular.

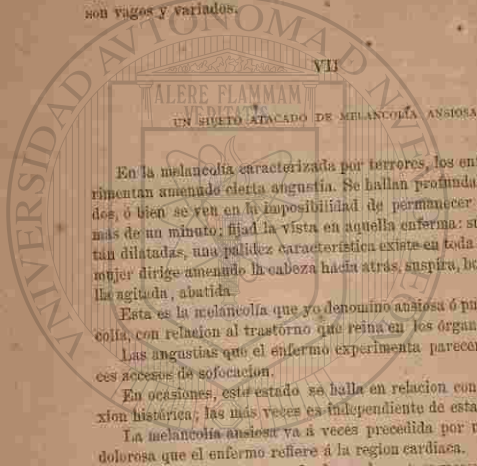
No debe confundirse esta vesanía con la misantropía fisiológica, que se encuentra en las personas que se hallan bajo la influencia de un gran disgusto.

Tampoco debemos confundirla con ese estado de la moral sana que forma asociaciones frecuentes con ideas religiosas, que determina á ciertas personas á abandonar el mundo, á vivir en la soledad, dedicarse en un convento á las prácticas de la religión, á meditar sobre la grandeza de Dios.

VI

Hay, por otra parte, una serie de melancolías en las cuales el paciente se halla dominado por inquietudes vagas. Experimenta sentimientos simétricos; no se encuentra bien en ninguna parte, parece que le amenaza un gran malestar, lo teme todo, tiene miedo de todo. Esto constituye un estado que, desde la antigüedad, se designa con el nombre de *panofobia*. En un grado poco marcado, semejante

afcción tiene relaciones de analogía con la hipocondría que acaso de denominar mental. Difiere, sin embargo, de esta última por la naturaleza de los temores que dominan al enfermo; en la pánico-fobia son vagos y variados.



En la melancolía caracterizada por terrores, los enfermos experimentan a menudo cierta angustia. Se hallan profundamente abatidos, ó bien se ven en la imposibilidad de permanecer en un lugar más de un minuto; fijad la vista en aquella enferma: sus pupilas están dilatadas, una palidez característica existe en toda la cara. Esta mujer átirge a menudo la cabeza hacia atrás, suspira, hosteiza; se halla agitada, abatida.

Esta es la melancolía que yo denomino ansiosa ó pneumo-melancolía, con relación al trastorno que reina en los órganos del pecho. Las angustias que el enfermo experimenta parecen algunas veces accesos de sofocación.

En ocasiones, este estado se halla en relación con una complejion histórica; las más veces es independiente de esta última.

La melancolía ansiosa va á veces precedida por una sensación dolorosa que el enfermo refiere á la region cardiaca.

Semejante situación puede durar dos y tres meses antes de que se desarrolle un estado mental decidido.

El enfermo pierde el sueño.

Le asaltan ideas tristes.

Sus facciones se descomponen.

Las angustias, acompañadas de terrores vagos, anuncian el principio de un paroxismo.

Esta variedad de melancolía no excede apenas, en algunos casos, de las proporciones de un trastorno moral. Entonces no existe ningún desorden de la inteligencia, hasta el punto de que el enfermo no deja de decir á los que gozan su confianza que teme perder el espíritu.

He conocido enfermos que han permanecido dos y tres años en

esta situación sin haber ofrecido el menor desorden en la inteligencia, y mucho menos en las ideas.

Ora el pulso presenta una frecuencia y una postración extrema, ora no ofrece ninguna perturbación; la piel conserva su temperatura habitual, el sueño es regularmente bueno, a menudo falta el apetito.

La persona á quien ahora estamos examinando está asombrada de su propia situación, se halla asustada; no sé lo que hago, dice, me siento capaz de hacer una desgracia; no sirvo para nada, me parece que me voy á sofocar. Las angustias se manifiestan á veces repentinamente en ella, le obligan á agitarse en todos sentidos. Cincuenta veces seguidas ha dado vuelta á su sala y alcoba. Pronuncia a menudo el nombre de una persona ó de un objeto; se lamenta, sus ideas se oscurecen y obra al acaso. Tal estado se produce por acceso; cada acceso puede durar tan sólo algunas horas, y también días y semanas.

La melancolía ansiosa puede ser el preludio de un acceso de epilepsia.

Constituye el período prodromico de la locura suicida.

Es bastante frecuente en las mujeres que llegan á la edad crítica.

Fleming ha dado recientemente á tal estado el nombre de ansiedad precordial *precordialangst*. Su memoria inserta en el *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, merece mencionarse de una manera especial.

Acaso pueda referirse á esta forma de melancolía la agorafobia descrita por Westphal en el *Allgemeine Zeitschrift* y en el *Archiv für Psychiatrie*. Los enfermos sujetos á esta afcción experimentan las mayores ansiedades cuando se ven obligados á atravesar una gran plaza; sólo lo hacen arrimándose á las casas que hay en ella. He observado estos fenómenos en algunos pacientes, dos de los cuales los presentaban en grado notable; uno de ellos sentía estas mismas angustias cuando, hallándose en la iglesia, veía subir el incienso hasta la bóveda del templo. Ambos concluyeron por ser epilépticos.

VIII

TRES SUJETOS ATACADOS DE MELANCOLÍA RELIGIOSA

*Melancolía religiosa.**Alonomanía religiosa.**Monomelancolía religiosa.*

Si los temores, los terrores parten de una conciencia timorata, se manifiestan bajo la forma de escrúpulos. Los menores actos, las palabras, los pensamientos, son mal interpretados; estos enfermos se confiesan continuamente, y nunca se creen dignos de la misericordia divina.

Durante los años calamitosos que acabamos de atravesar, los temores y los terrores religiosos se presentaron aquí, en los cuadros de nuestras admisiones relativos a la melancolía, en la proporción de 0,58 sobre la población general de los establecimientos. No es más que de 0,01 en los hombres necesitados y de 0,05 en las mujeres indigentes. La proporción es mayor en las personas pertenecientes a las clases elevadas; 0,08 en los hombres y 0,11 en las mujeres.

Pero tales cifras son bastante variables. Así, entre 111 melancólicos admitidos en el asilo de hombres necesitados durante el período decenal que se extiende desde 1853 a 1862 inclusive, hubo nueve melancólicos religiosos, ó sea el 8 por 100, mientras que desde 1863 a 1872, entre 138 melancólicos, hubo tres con carácter religioso, ó sea un 2 por 100 poco más ó ménos. Resulta, sin embargo, de todo lo dicho que las melancolías religiosas son relativamente raras en nuestros establecimientos.

Hé aquí tres sujetos atacados de esta vesania.

IX

El primero tuvo especialmente las llamas del infierno.

Esta es la *deliración* de Sauvages, que yo llamo la *demonofobia*, la *monodemonofobia*.

Como ántes he dicho, se hace intervenir muy impropriamente la manía en la designación de tal enfermedad; ésta es esencialmente

una frenalgia, una melancolía, es, sobre todo, un terror: las llamas del infierno son las que asustan al enajenado.

Hay, como diré al hablar de delirio, una variante de esta afeccion, en la cual el enfermo cree ver en todas partes llamas ó incendios.

Lo que conduce á tales terrores morbosos es:

Un aislamiento prolongado,

el excesivo fervor religioso,

el abuso de las prácticas de la religion,

grandes desgracias que concentran todos los sentimientos,

todas las ideas sobre las esperanzas religiosas,

los temores exagerados relativamente á los tormentos del infierno,

las confesiones muy frecuentes,

las misiones,

las fiestas religiosas.

La demonofobia puede tomar la forma epidémica, y algunas veces ha sido descrita como tal.

Conviene establecer una distinción entre lo que yo llamo la demonofobia y la demonolatría. En la demonofobia el enfermo se halla bajo el dominio de un terror continuo, su suerte futura le preocupa sin cesar; exagera extraordinariamente las faltas reales ó imaginarias.

En la demonolatría la enfermedad presenta otro aspecto; al sujeto se cree poseido del demonio y le rinde un culto. Se entrega con un placer satánico á las ilusiones de su imaginación.

Al hablar del delirio volveré á ocuparme de esta última afeccion.

La melancolía toma algunas veces el carácter de una violenta desesperacion. Esta es la *melancolía desesperatoria*, la desesperacion morbosa que puede aplicarse á otros asuntos que á los terrores del infierno ó á los escrúpulos religiosos. Así, al principio ó en el curso de una melancolía simple se refiere á menudo á inquietudes sobre los medios de existencia. El enajenado cree en la pérdida de un sitio que ocupa, de una fortuna que posee. Entónces se asocia con frecuencia á la hipocondría.

Melancolias compuestas

XI

UN SUJETO ATACADO DE MELANCOLIA Y DE MANÍA

De la forma morboza que precede sale amenudo

La *mania melancólica* de Lorry.

La *tristomanía* de Rush.

La *melancolía agitante, maniaca*.

La *hiperfrenia melancólica* de Schläger.

1. Esta mujer ofrece en los fenómenos de su enfermedad una mezcla de actos pertenecientes, por una parte á la melancolía, y por otra á la manía.

Su cara expresa la tristeza.

Las mejillas están inundadas de lágrimas.

La palabra anuncia ideas dolorosas.

Pero la enferma está en pie.

Tiene los ojos abiertos, su mirada es audaz.

No sufre la contradicción.

Su curso es progresivo; amenudo es preciso aislarla

El dolor afecta en ella un carácter de extravagancia.

Come bien, y en ocasiones llega á comer mucho.

Su piel está caliente.

El pulso es frecuente.

Veis que, en el fondo, la tristeza caracteriza la enfermedad, pero que hay tambien un elemento de actividad: la reaccion. Es que la manía se encuentra asociada á la melancolía.

2. La melancolía maniaca puede presentarse con una integridad completa de las funciones intelectuales.

Hay algunos de estos enfermos que razonan con lucidez y que analizan todos los fenómenos de su enfermedad. Yo estoy tranquilo en este momento, os dicen, pero esperad; mis sufrimientos volverán á comenzar muy pronto, yo no seré dueño de mí, no podré privarme de gritar, de chillar, de asustar á todo el mundo.

3. He podido observar la melancolía alternando con la manía; otras veces he observado una fusion completa entre dos fenómenos, comprendiendo á la vez la tristeza y la melancolía. Actualmente es-

toy asistiendo á un enfermo que se pone melancólico cada cuatro dias y maniaco el resto del tiempo. Esto es lo que se observa en el género de vesania de que hablan los Sres. Baillarger y Falret. Dichos autores han descrito la *locura de doble forma*, la *locura circular*, que el Dr. Billod propone llamar la *locura de doble fase*. Es una melancolía y una manía que, aunque afectando un curso más ó menos continuo, alternan entre sí.

Este otro sujeto de que ahora nos ocupamos, presenta una mezcla completa de los dos órdenes de fenómenos: suspira, habla, y al mismo tiempo ofrece una gran propension á la cólera.

4. La melancolía constituye ameanando la primera fase de la manía. Nada más frecuente que los lloros, los suspiros y los actos de desesperacion al principio de la manía.

La melancolía se presenta tambien como fase terminal de esta última afeccion.

5. Los antiguos conocieron realmente, mejor que nosotros, estos estados combinados; amenudo comprendieron bajo una misma denominacion la melancolía y la manía. En su modo de ver, la melancolía que llega á un grado muy elevado constituye siempre una manía.

He aquí los términos que encontramos en los autores respecto de este particular:

Areteo dice: *Melancholia initium et pars manie est.*

Celso Aureliano no es ménos explícito: *Melancholiam speciem furoris esse nuncupandum.*

Alejandro de Tralles dice positivamente: *Maniam nihil aliud esse nisi intensiorem melancholiam ad majorem feritatem.*

Van Lom se expresa así en su *Opusculum aureum*: *Ademum quidem delirationes earum quas melancholia exercet, at his tamen insuper gurgitar affrens iracundia, clamoribus, insultationibus, torvo oculorum intuitu, ebullitione corporis, impetu formidabilis.*

Marchand, un autor francés, adopta tambien esta opinion, y llega á titular su obra, publicada en 1800: *Ergo à melancholia mania.*

Ergo melancholia et epilepsia mania vicia, tal es tambien el título de un opúsculo de Manet publicado en 1850.

Boetluave, en su *Praxis medica*, habla de la manía en estos términos: *Per unquam oritur ex melancholia, tristi quantum affectu fuerunt, plerumque furibundi sunt.*

Esta idea, que estableció una alianza entre la melancolía y la manía, despues de haber atravesado los siglos fué adoptada por Fran-

cisco Willis, autor inglés, el cual es el único entre los modernos que, en un opúsculo publicado en 1823, habla de la asociación morbosa de que se trata. Esquiro, en sus últimos trabajos, ha hablado también de una *mania melancólica*.

6. He creído oportuno dar á una de las variedades de la melancolía el nombre de *rabies melancólica* (*rabia melancólica*) para designar una situación en la cual la frenalgia se presenta con todos los caracteres de la desesperación, llevada á un estado de verdadero furor.

He aquí una enferma atacada de la variedad de enfermedad mental que nos ocupa.

XII

Por una combinación de formas elementales nace las más veces la *melancolía suicida*.

XIII

Así nace también la *melancolía homicida*.

Estas afecciones, acerca de cuyos caracteres volveremos á ocuparnos bien pronto, reconocen casi generalmente por punto de partida la desesperación morbosa.

XIV

En semejantes melancolías vemos que amenudo se presenta cierta repugnancia por la comida.

El enfermo tiene en este punto una repugnancia, una obstinación que nada puede vencer.

Yo he dado á este síntoma grave el nombre de *sitofobia*, de (*sitos*), víveres, alimentos, y *phobos*, horror. La melancolía en la cual se presenta, puede calificarse de *melancolía sitofóbica*.

XV

La melancolía compuesta se forma algunas veces exclusivamente de una mezcla de tristeza y de concepciones delirantes. Los en-

fermos se creen destinados al suplicio de la guillotina; hay otros que por motivos particulares deben inmolarse á sus hijos; las predicciones más afrentosas llegan á sus oídos.

Esta es la *melancolía con delirio*, la *melancolía delirante*.

No habrá escapado á vuestra atención que, según el principio de clasificación que me guía, el nombre del género morboso dominante precede siempre á la expresión de los fenómenos de asociación. Así, la melancolía delirante no será por completo el delirio melancólico; del mismo modo la melancolía demoníaca no es tampoco en absoluto la demomanía melancólica.

Aquí es la tristeza la que caracteriza más vivamente la enfermedad; allí es el desorden de las ideas.

En la lección próxima haré una excursión al dominio de la teoría; hablaré del curso que sigue la melancolía en su desarrollo, esperando que muy pronto podamos emprender de nuevo nuestros ejercicios clínicos.

LECCION SEXTA

ALERE FLAMMAM
VERITATIS

TERCERA PARTE

DE LAS FASES Y DEL CURSO DE LA MELANCOLÍA

1. Bajo el punto de vista del curso de la enfermedad, y con relación á la generalidad de los casos, podemos, en la melancolía como en la mayor parte de las frenopatías, reconocer,

- Los fenómenos de la incubación morbosa,
- los fenómenos iniciales ó de invasión,
- los fenómenos del progreso morboso,
- los fenómenos estacionarios,
- los fenómenos del decrecimiento morboso,
- los fenómenos de la convalecencia.

También se pueden ver en ella los fenómenos que anuncian las transformaciones de la enfermedad.

2. Las más veces la melancolía se presenta como una lesión frenopática elemental.

También puede ser una aparición transitoria que se desarrolla en el curso de otras enajenaciones mentales.

Así, un hombre está maniaco desde muchos meses, de repente sus flociones cambian, se descomponen y ofrecen el carácter de la tristeza; de maníaco que era se ha convertido en melancólico.

3. La calafalgia es en ciertos casos el fenómeno terminal de otra enfermedad mental. Es a menudo, para el médico observador, el indicio de una convalecencia próxima cuando esta enfermedad se desarrolla lentamente en el curso de una manía, y en esa época en que el enajenado ha pasado del período estacionario.

4. Rara vez comienza la melancolía por una invasión explosiva. Entonces se refiere ordinariamente á una causa moral pronta en su acción, á un gran disgusto, á un terror. Sin embargo, me ha sucedido ver melancólicos en los cuales la enfermedad había comenzado por una especie de conmoción, por ligeros golpes experimentados en el cráneo. He observado en ocasiones, como fenómeno de invasión, especies de accesos histéricos.

Pero, en la mayor parte de los casos, el estado melancólico se anuncia por fenómenos precursores é incubadores, que se desarrollan lentamente. A veces pueden trascurrir meses enteros antes que el mal se manifieste decididamente. Apenas se percibe la invasión de la enfermedad. No ofrece al principio nada de especial. Sólo existe el simple malestar que se observa con frecuencia al principio de las enfermedades orgánicas del corazón en las afecciones crónicas ó que están próximas á serlo. Se manifiesta, pues, por una inaptitud, por una repugnancia hacia todo trabajo, por una parésia del espíritu, pero la actividad muscular persiste todavía; tal estado de los melancólicos, al principio, se parece mucho á la prostración que se experimenta bajo la influencia de los fuertes calores del verano. El enfermo se siente sin fuerzas, las impresiones le fatigan, todo se convierte en carga para él. Entonces los hombres creyentes buscan al pie de los altares el consuelo á sus penas, mientras que otros recurren con el mismo objeto á sus amigos, á sus parientes.

5. Uno de los primeros síntomas es la pérdida del sueño.

Casi todos los melancólicos dejan de dormir.

Se ven inquietados por ideas siniestras, que ellos califican de *amenazantes*; tales ideas les persiguen por todas partes. Todo parece cambiado alrededor de ellos; creen leer en las flociones de los que se les aproximan los indicios de desconfianza. La cabeza parece que les arde; las flociones se alternan; los ojos presentan un aspecto especial, el hombre ha envejecido.

6. El enfermo olvida sus deberes, no se ocupa de sus negocios, olvida hasta la hora de comer, el momento de acostarse, de levantarse; es un hombre distinto; todo el mundo puede enterarse de la profunda alteración que reina en su fisonomía. Sin embargo, hasta entonces, á los ojos de la sociedad, no es un enajenado.

7. Amenudo este hombre hace grandes esfuerzos para aliviar el dolor; lucha de mil modos contra los torrentes de ideas penosas que le asedian; querría pensar en otra cosa, pero no puede.

Se entristece, nada le inspira interés.
 Procura estar aislado.
 No habla á su mujer ni á sus hijos.
 Se hace indiferente á todo.
 Se declara la melancolía morbosa.

8. Como la mayor parte de las enfermedades mentales que comienzan lentamente, la melancolía puede, pues, presentar en su primer período una oscuridad tal que el más experto encontrará grandes dificultades bajo el punto de vista del diagnóstico. Es, sin embargo, muy importante reconocer la enfermedad desde el principio. Puede tratarse de una tristeza simulada; las mujeres, sobre todo las jóvenes, tienen interés en fingirse enfermas para obtener lo que constituye sus deseos; una mujer, de su marido; una joven de su amante, de sus padres, etc. Importa, pues, saber cómo comienza una melancolía.

Las más veces los síntomas se van manifestando en el orden siguiente:

La inaptitud á los movimientos musculares, una sensación de fatiga, la parestia,
 Las ideas hipochondríacas, la pérdida progresiva de toda actividad intelectual,
 una sensación de opresión, el trastorno y la pérdida del sueño, el retardo en las evacuaciones alrimas,
 las inquietudes, los temores exagerados,
 la palabra lenta, vacilante, doliente,
 las ideas reflectivas penosas,
 las anomalías del pulso.

El pulso, en esta clase de afecciones, no puede ser descuidado por el médico. Mientras el ritmo cardíaco se prescrite en estado normal, que no ofrezca ni una gran frecuencia ni una lentitud muy pronunciada, no se puede asegurar con entera certeza que existe definitivamente la melancolía.

9. El curso de esta afección es amenudo por sacudidas, digámoslo así, lento.

Después de algunos días se observa un alivio, la calma; todo el mundo se regocija, y el médico poco experimentado anuncia la esperanza de una curación. Pero mientras continúe el crecimiento morboso todos los síntomas son muy falaces.

A la calma sucede una agitación, á ésta un alivio, un bienestar

cuya duración no es larga. El enfermo tiene sus días buenos y malos, hasta que, haciéndose la melancolía cada vez más grave, no ofrece intermitencias ni remitencias. Añadamos á lo dicho que hay una especie de oscilación diurna; por la mañana existe generalmente más gravedad; hay más lucidez y tranquilidad por la tarde.

Con todo, esta regla es general.

10. La enfermedad, una vez llegada á su estado estacionario, puede no variar en su forma. Así, una melancolía simple sin delirio puede recorrer sus fases y llegar á la convalecencia sin haber cambiado de carácter.

Durante su curso de simple que era la frenalgia puede complicarse con ideas delirantes; puede revestir la forma religiosa, complicarse con una repugnancia hácia las comidas y convertirse en suicida.

11. Si la melancolía permanece en el estado de fase inicial, si es una primera invasión, si el sujeto es joven, el mal recorre sus períodos en tres, siete ó nueve meses.

Es raro obtener la curación en tres, en seis semanas.

En muchos casos, el restablecimiento sólo se obtiene al fin del segundo semestre y áun del segundo año.

Puede suceder que la curación sólo se obtenga al tercero, cuarto, quinto, sexto año y aun más; semejantes casos son poco frecuentes, sobre todo los últimos.

En un sujeto joven, vigoroso, sobre todo si la melancolía ha estallado rápidamente después de la acción de una causa moral, el pronóstico es muy favorable y la afección termina amenudo muy pronto por la curación. Pero si el cuerpo del enfermo se halla debilitado por la edad, las menstruaciones abundantes, la falta de alimentación, la miseria, el trabajo excesivo, las privaciones de toda especie, la melancolía recorre con más pena sus períodos. Las mismas condiciones de debilidad ocasionan amenudo su paso á la demencia.

12. Las curaciones repentinas son más raras: casi nunca se ve que un día esté el hombre en toda la efervescencia de su tristeza y al día siguiente completamente curado. He encontrado algunos casos de esta índole, pero en cortísimo número. He visto algunos enfermos que la víspera se sentían abatidos, desesperados, lloraban y se lamentaban, y al día siguiente vinieron á mí tendiéndome la mano y diciendo: Esto ha concluido, ya no tengo nada, me siento curado. Semejantes curaciones no me parecen francas; predisponen á los

convalescientes a sufrir recaídas. En una buena curación, los elementos morbosos desaparecen lentamente.

13. Los indicios de una mejoría futura consisten en los momentos de calma, durante los cuales el enfermo se siente ménos agitado. Sus facciones cambian de una manera notable, adquieren animación, y asombra el ver que se expresa como una persona completamente sana de espíritu.

Amenudo se presentan al principio períodos de lucidez, destellos de libertad moral; después estas manifestaciones de la inteligencia se hacen más constantes duran media ó una hora, vuelven á presentarse al cabo de algunos días, y constituyen verdaderos intervalos lúcidos, que cada vez se alejan más.

Después el bienestar se hace continuo, y el enfermo sólo sufre algunos días malos. Estos síntomas no se presentan bien pronto más que durante algunas horas, á ménos que una causa especial, el recibir una carta, un suceso desgraciado en la familia, un paseo excesivo y prolongado, vuelvan á despertar momentáneamente los fenómenos primitivos.

En otros casos la curación es laboriosa; esta situación puede durar mucho tiempo y hasta terminar por una recidiva. En la convalecencia, aún cuando la expresión del paciente se haya hecho risueña, cuando ha recobrado el sueño, cuando se ocupa de sus quehaceres habituales durante una gran parte del día, tiene aún sus días, sus horas, sus momentos de tristeza, pero transitorios, fugaces; en ocasiones oya al gallo que canta y presagia una desgracia; descubre en el ladrido del perro una significación misteriosa, ó bien la lechuza le anuncia la muerte de un pariente ó de un amigo. Pero el enfermo concluye por apreciar estas infundadas ilusiones, considerándolas como pesadillas que de día en día le inquietan ménos y que no fijan de reproducirse. Entonces la convalecencia es completa.

14. Algunas veces la melancolía ha desaparecido durante el día, para declararse de nuevo por la noche.

Apénas se ha dormido el enfermo cuando se despierta ansioso, se levanta, llama á la puerta de su alcoba, pide socorro; recobra todo el carácter de la tristeza, manifiesta los mismos síntomas que en él se habían observado antes. Después de haber estado algún tiempo con sus allegados, después de conversar con ellos, después de tomar alguna bebida, vuelve á un estado tranquilo y se duerme de una manera pasiva.

Este fenómeno de retorno nocturno de la enfermedad, no sólo pertenece á la melancolía, sino que se presenta también en la manía y en otras formas de vesanias.

15. Cuando nos ocupemos del pronóstico direé que siete décimas partes cuando ménos de los melancólicos llegan á conseguir la curación siempre que se les someta á un tratamiento conveniente.

16. A veces la resistencia que el enfermo opone para tomar toda clase de alimentos constituye una complicación grave. Mena sus fuerzas, llega á destruir sus órganos y hace que la afección dure mucho más tiempo.

17. En la convalecencia, la tristeza cede algunas veces su sitio á un estado de exaltación y de alegría que recuerdan casi una forma maníaca elemental.

Por poco que se excite á estos melancólicos convalescientes, demuestran gran propensión á reír, algunas veces á carcajadas. Desean hablar con todo el mundo; su cara expresa una movilidad que contrasta de una manera notable con su estado anterior; tienen gusto en pasear y hasta en asistir á las reuniones públicas.

Este estado de alegría, que también exige ciertos cuidados, se disipa al cabo de algunas semanas; puede durar mucho tiempo antes de que el paciente haya recobrado por completo todos sus hábitos. Puede decirse, en mi opinión, que en este paso de la enfermedad á la salud hay algo que se desarrolla en el dominio intelectual y le excita.

En ciertos casos, sobre todo en los melancólicos sujetos á recaídas, esta exaltación no es siempre de buen augurio; conduce amenudo á un retorno de la melancolía, ó bien provoca un cambio de la forma morbosa, ocasionando de este modo la manía.

Entonces el melancólico presenta irritación en las facciones.

El ojo se abra.

El enfermo deja de estar sentado.

Interroga, habla, declama, va y viene.

No se halla contento, se queja. Quiere partir.

Encuentra enemigos á su alrededor.

En pocos días se presenta un acceso maníaco.

18. Algunas veces el estado franglico alterna con estos accesos. Apénas toca á su término la manía, cuando ya comienza á presentarse la melancolía, y, respectivamente, tan pronto como concluye ésta se declara la manía (lecura circular.)

En ocasiones hay un estado de rigidez general que reemplaza á la melancolía, como vamos á ver.

El sujeto que ahora estamos examinando permite observar esta situación, en la cual un estado de exaltación ha sucedido á una postulación intelectual.

19. Puede suceder que la enfermedad se haga esencialmente crónica; el mal parece entonces sostenido por un hábito morboso. En tal caso la postulación cesa, el melancólico gana en aptitud para el trabajo, laxitud en los miembros. El pulso deja de ser lento ó frecuente, se torna normal; el enfermo recobra el sueño; hay más frescura en el color de la piel; el estreñimiento cesa, las deposiciones son regulares; pero la tristeza persiste.

20. La melancolía, cuando se presenta en personas de cierta edad, debiles, toma a menudo la forma atónica y puede también constituir una afección incurable.

Amenguando la melancolía, de simple que era al principio, se convierte en un período más avanzado en una afección compuesta. En tal caso se observan las más veces grandes angustias, impulsos destructores, ganas de destrozar ó romper cuanto el enfermo encuentra á su paso.

21. Lo que anuncia en muchas ocasiones el paso de la melancolía á un estado crónico incurable, es una profunda relajación de los músculos de la cara, un cambio en las facciones, la negligencia absoluta del tocado, una indiferencia para todo; pero esto sólo sucede cuando la enfermedad ha durado ya algún tiempo. En los casos recientes estos fenómenos carecen de valor.

22. Bien pronto diré lo que debe pensarse de las hemorroides y del flujo menstrual que aparecen en la melancolía.

23. En casos poco frecuentes, un marasmo abdominal conduce al melancólico á la tumba. Tal estado se refiere á infartos viscerales del hígado, del bazo, del mesenterio. Se caracteriza por la dureza y la hinchazón del vientre, por un estado de estreñimiento habitual, por un color excesivamente moreno. Al mismo tiempo el melancólico enfraece considerablemente.

24. Rara vez los melancólicos sucumben á consecuencia de sin tomas cerebrales que anuncian la existencia de una alteración orgánica.

25. Suele que el enfermo muere repentinamente, sin que se pueda explicar su muerte.

Tal terminación suele sobrevenir en un período poco avanzado de la enfermedad.

26. El suicidio puede ser el fenómeno terminal de esta afección.

Se pueden consultar, para el estudio de los síntomas de la melancolía, las siguientes obras:

1. Galeosus: *De Melancholia*.
2. Arceus: *De causis et signis melanchoriorum*.
3. Cælius Aurelianus: *Morbi chronici*.
4. Bright: *Treatise on Melancholia*, 1586.
5. Bornemann: *Dissert. de Melanchol.*, 1594.
6. Hamberger: *Dissert. de Melanch. hyp.*, 1595.
7. Liddel: *Dissert. de Melanch.*, 1596.
8. Laurentius: *Discours des maladies mélancoliques*, 1597.
9. Marchand: *Épée à Melancholia mania*, 1600.
10. Zelsius: *Dissert. de Melancholia*, 1600.
11. Guibelin: *Discussion sur l'homme mélancolique*, 1603.
12. Saxonia: *Tractatus de Melancholia*, 1610.
13. Sebentia: *de Melancholia*, 1620.
14. Santa Cruz: *de Melancholia*, 1620.
15. Forestus: *Observ.*, 1730.
16. Mead: *Morbo et Procepta*, 1751.
17. Van Swieten: *Comment. in opere Boerhaavi*, 1753.
18. Francasin: *Opuscula pathologica, altius de febricitate altius de morbo hypochondriaco*, 1758.
19. Torry: *De Melancholia et Morbo melancholico*, 1764.
20. Pawest: *Ueber Melancholie, vornehmlich religiöse Melancholie*, 1785.
21. Cullen: *Elements de médecine pratique*, 1785.
22. Von Lude: *Versuch Ueber Hypochondrie und Hysterie*, 1797.
23. Haslach: *Observ. on Madness and Melancholy*, 1809.
24. Anseau: *Sur la Melancholie*, 1818.
25. Luce-Roubaud: *Recherches médico-philosophiques sur la mélancolie*, 1816.
26. Georget: *De la Folie*, 1820.
27. Calrot: *Traité de l'Hypochondrie et du Suicide*, 1822.
28. Elias Regaud: *Réflexions sur le mania homicide et suicide et la liberté morale*, 1820.
29. Prichard: *On Insanity*, 1835.
30. Dubois d'Amiens: *Histoire philosophique de l'Hypochondrie*, 1837.

31. Equirol: *Dictionnaire des Sciences médicales. — Maladies mentales*, 1838.
32. Brouchet: *Traité sur l'Hypocondrie*, 1844.
33. Grésinger: *Psychische Krankheitsen*, 1845.
34. Michéa: *Traité pratique de l'Hypocondrie*, 1855.
35. Brüller: *De Hypocondria*, 1858.
36. *Dictionnaire des Sciences Médicales*.
37. Pohl: *Die melancholie nach den neuesten Standpunkte der Physiologie*, 1857.
38. Mittel: *Diverses formes de lypémanie*, *Annales medico-psychologiques*, 1860.
39. Atkinson: *Diagnosis of acute mania and Melancholia*, *Journal of mental science*, 1868.
40. Marcé: *Note sur une forme du délire hypocondriaque consécutive aux dyspepsies*, *Annales médico-psychologiques*, 1866.
41. Lelösödör: *Lehrbuch der psychischen Krankheiten*, 4.^a edición, 1865 y los demás tratados de psiquiatría.
42. Saell: *Ueber Manomane als primitive form der Seelenstörungen*, *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1865.
43. G. H. Ingels: *Recherches statistiques*, 1867 y 1875.
44. Farber Winslow: *Over de ziekte vóórn der Berszuchtigen*, vertaald door Ten Noeve de Brauwver, 1869.
45. Janson: *Considérations sur la nostalgie*, *Annales de la Société de Médecine de Gand*, 1869.
46. M. Perparati: *Dei sintomi latenti e negativi della pazzia*, 1870.
47. Westphal: *Die Agoraphobie, eine Neuropathologische Erscheinung*, — *Archiv für Psychiatrie*, 1871.
48. Cordes: *Die Latenzzeit (Agoraphobia) Symptome einer Erschöpfungspause*, — *Archiv für Psychiatrie*, 1874.
49. Jos. De Smeth: *De la Melancolie*, Bruselas, 1874.
50. G. H. Mayhew: *Acute delirium Melancholicum*, — *West-riding lunacy asylum medical reports*, 1874.
51. Eifenmayr: *Melancolie und Manie, ihren scharen Wegen nachgestellt*, 1872.
52. Fross: *Ueber den physiologischen Unterschied der Melancolie und Manie*, *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* 1872.
53. Krafft-Ebing: *Die Zwölfjährige Geistesentwicklung*, 1872.
54. — *Die Lehre von den moralischen Wahninn*, (Friedreich's Blätter).
55. Christin: *Études sur la mélancolie*, 1876.
56. Bouchat: *De nervationis*, 1877; segunda edición, 1877.

DEL ÉXTASIS CONSIDERADO COMO ENAJENACION MENTAL

1. He querido, señores, decirles algunas palabras acerca de este género de enajenacion mental, que se refiere, por una parte á la melancolía, por otra á la manía, y al mismo tiempo á la demencia aguda.

Poseo entre mis notas algunos retratos de enajenados extáticos hechos á pluma. Hay uno de ellos, sobre todo, que representa perfectamente la situacion de que se trata; voy á tener el gusto de enseñárselo.

El sujeto que nos obliga á ocuparnos de este asunto ofrece de una manera más ó menos perfecta este conjunto frenopático.

Es el único enajenado de este género que puedo presentaros en la actualidad. Juzgad por el cuán rara debe ser la afeccion que nos ocupa.

2. La palabra éxtasis es nueva en cuanto á su aplicacion; no designa en manera alguna ese estado especial que ha servido de tipo á los novelistas y á los poetas; ese éxtasis que su desarrollo, segun ellos, bajo la influencia de determinadas ideas religiosas sobre todo, y que va acompañado de cierto bienestar moral. Eso es el éxtasis místico del Dr. Calmeil. Tal estado, si existe, debe ser raro, pues durante mi práctica, bastante larga por cierto, no he tenido ocasion de observarlo.

El género de frenoplexia de que ahora os hablo tiene, pues, otra significacion; es un estado en cierto modo cataleptiforme.

Amenudo va unido á la melancolía ó á la manía, de las cuales no es más que una manifestacion.

3. La intensidad de la causa, la delicadeza de la impresionabilidad del sujeto, son las causas que amenudo dan lugar á la forma extática.

La frenoplexia fisiológica se encuentra en el hombre confuso, ofuscado.

En estado moral, una commocion morbosa.

¿No es ciertamente digno de mérito que los autores franceses hayan mencionado la enfermedad que nos ocupa antes de 1855? Creo que debe haberse confundido amenudo con la estupidez.

4. Funciones de la sensibilidad, funciones de la motilidad, fun-

ciones de la inteligencia: todo se halla suspendido en esta singular afección.

5. Cuando la enfermedad ofrece toda su plenitud, da al paciente el aspecto de una estatua.

La acción muscular no está debilitada, pero hay en los músculos contraídos una tensión tonica especial.

El enfermo tiene el ojo abierto y no mira; pestañea aunque a largos intervalos.

No os responde cuando le preguntáis.

No abandona su sitio; permanece sentado todo el día sin dejar nunca la misma posición.

Su piel está insensible; se le pincha, se le irrita de diferentes maneras, y apenas lo percibe.

Interrogad al paciente durante su convalecencia: os dirá que no ha sentido nada mientras estuvo enfermo, y añadirá que no tuvo ideas; no se acuerda de nada. Os hablará de zumbidos, de vértigos que ha experimentado, ó bien os dirá que le parece que no ha tenido cabeza.

6. Todo esto, como veis, anuncia una profunda sacudida moral que suspende todas las facultades, pero que obra sobre el tono muscular aumentándole, irritándole; porque los músculos, como ya os he dicho, no están flácidos, sino duros, y responden perfectamente á las excitaciones eléctricas. La cabeza se apoya sólidamente en el cuello.

No veis aquí la cabeza doblada sobre uno de los hombros ó apoyada sobre el pecho: la espalda no se halla encorvada como en la melancolía.

El pulso es ora lento, ora frecuente.

La piel está amenudo fría y seca.

Las aracciones se verifican á veces con largos intervalos.

7. El éxtasis es á veces una frenopatía primitiva. Entonces sucede casi siempre á una causa cuya acción es brusca, y sobre todo á un vivo terror.

8. En otros casos es consecutivo á otro género distinto de enfermedad mental. Se presenta con bastante frecuencia en el curso de la melancolía, y tambien suele aparecer como epifenómeno de la manía.

9. El estado extático se distingue de la estupidez, que describió al hablar de la demencia: en esta última hay una mirada de asom-

bro, un estado de estupor; en la otra hay una tensión de todo el sistema, expresión de nerviosidad.

10. La catalepsia ofrece grandes relaciones con el éxtasis. Pero en el éxtasis el mal es continuo, mientras que en la catalepsia la enfermedad se presenta por accesos y deja intacta la inteligencia.

11. El diagnóstico se hace más difícil cuando se trata del somnambulismo acompañado de convulsiones cataleptiformes. Sin embargo, el aspecto de los ojos, que están cerrados en los somnambulos, la marcha de este estado que alterna con la catalepsia, el sueño, la duración de esta situación, que termina al cabo de algunas horas para volver á presentarse enseguida, todo esto aleja la idea de una enajenación mental, de un éxtasis.

12. El curso de esta afección no ofrece nada de especial, nada distinto de lo que se observa en la melancolía. Tiene ordinariamente una invasión repentina. Ofrece remisiones, intermitencias, menos pronunciadas, sin embargo, que en otro género de enajenación mental.

13. La enfermedad recorre generalmente sus períodos en tres, siete ó nueve meses. Más de las nueve décimas partes de enfermos de esta clase obtienen la curación. Y si se encuentra asociada á otras variedades de desórden intelectual, sufre los cambios de curabilidad ó incurabilidad que le imprime.

14. En los casos de curación, la enfermedad se disipa lentamente; la convalecencia es laboriosa frecuentemente. La menor impresión produce un retroceso en la enfermedad. Á veces se presenta asociada á la epilepsia, de la cual constituye un fenómeno precursor; en estos casos el pronóstico es muy grave.

Pueden consultarse las obras siguientes:

Heinroth: *Seelenstörungen*, 1818.

Casi puede decirse que solo Heinroth ha dado alguna idea del éxtasis frenopático, incluyéndole en el cuadro de las enfermedades mentales que el admite.

Guislain: *Traité sur les Frenopaties*, 1833.

Anales médicos-psicológicos, 8825. (Discusión en la sesión de 26 de Febrero.)

LECCION SÉTIMA

SOBRE LOS FENÓMENOS QUE CARACTERIZAN LAS MANÍAS

VERITATIS

PRIMERA PARTE

SEÑALES:

A fin de poderos hacer la exposición de los hechos tan inconexos que presenta la sintomatología de las afecciones mentales, continuaré la marcha seguida en mis últimas lecciones.

No obstante, en esta descripción me separaré algún tanto del orden seguido, empezando la historia de la manía, no por el examen de la forma general de esta vesania, sino por una revista ascendente de los tipos especiales que esta afección presenta.

Esta individualidad morbosa será designada esta vez por la palabra monomanía; ésta es, en su aplicación á la manía, la que da una idea exacta de la forma morbosa, como ya he tenido ocasión de decirlo.

Manía; por el significado de la palabra es, por otra parte, una denominación que puede inducir á error.

Todos los maníacos, bien considerados, no son enajenados irritados, perversos ó furiosos, como podría creerse por su denominación.

Hay maníacos de una alegría estrepitosa.

Los hay en los que la enfermedad se anuncia por una expresión bondadosa, de felicidad.

Hay maníacos religiosos.

Hay maníacos amorosos.

Hay maníacos vanidosos:

En otros la exaltación morbosa se encuentra limitada al dominio de un sentimiento, de cierto círculo de ideas, de ciertas facultades especiales.

Astí en tésis general la manía no es en el fondo un estado de furor: es siempre una actividad mental, un estado en el cual los fenómenos morbosos se suceden con cierta rapidez.

Yo definiré la manía del siguiente modo:

Una enfermedad moral, apirética, irresistible, en la cual hay exageración de una ó de muchas funciones frénicas, caracterizada lo más frecuentemente por un estado de agitación, ó á veces por una manifestación de pasiones activas ó violentas.

El carácter patognomónico de la manía consiste en:

- la exageración,
- la exaltación,
- la agitación,
- las pasiones agresivas.

Esta enfermedad lleva generalmente consigo:

- la petulancia,
- la fuerza,
- la potencia.

Da al enfermo un aire de vigor, frecuentemente de salud y á veces de juventud; la expresión del semblante es animada, la palabra viva, petulante, sarcástica.

Esta situación, es necesario advertirlo, dista mucho de ser siempre un extravío completo; tiene sus matices, sus tipos, sus grados, recuerda frecuentemente, en los períodos naturales de calma, el estado fisiológico de otro hombre naturalmente exaltado. Generalmente las pasiones son fuertes, hasta violentas, pero el *furor* solo lo encontramos excepcionalmente, al menos en nuestros establecimientos.

Formas especiales. — La monomanía considerada en la manía

Pasemos á la exposición de estas diferentes expresiones morbosas de la moral. Principiaré por las condiciones más ínfimas, por los matices iniciales y de transición, para llegar gradualmente á las formas más complejas.

El estudio de esas matices individuales es el que nos permitirá apreciar mejor los elementos constitutivos de la enfermedad de que se trata.

UN SUJETO ATACADO DE MANÍA TRANQUILA SIN DELIRIO

MANÍA TRANQUILA de muchos frenógrafos.

Excitación maniaca de M. Briere.

Manía monomanía moral.

Manía sin delirio de Pinel.

1. El carácter fundamental de esta afección es cierta excitabilidad de la moral, un estado de animación, un aumento en la actividad de los actos intelectuales.

Es ésta una *vesanía* caracterizada por una ausencia más ó menos completa de las ideas delirantes, por la ausencia de una lesión notable de la memoria y del juicio.

Es un estado rudimentario, inicial, incompleto; una de esas situaciones tan singulares que se recuerdan la *perturbación moral* (*moral insanity*).

Hagamos hablar á este enfermo... no dirá ni una sola palabra fuera de razón que indique un estado patológico de la inteligencia ó de las ideas.

2. En sujetos de esta especie, el diagnóstico debe deducirse principalmente de las nociones conmemorativas; los sirvientes nos harán comprender en qué consiste la enajenación de este hombre.

Sus sirvientes ó allegados nos dirán que encuentran su enfermedad en sus actos, en su proceder, en sus deseos, en su carácter y no en su modo de pensar. La familia y los amigos añadirán que es tímido, de silencioso que era, este hombre se ha vuelto atrevido y hablador. Este cambio sobrevenido en su total manera de ser, ha sorprendido y aterrado á su mujer y á sus hijos.

Esta *vesanía moral* se caracteriza por una necesidad de actividad la mayor parte del tiempo, por proyectos extravagantes, ridículos.

Añadid á esto que el enfermo apenas escucha los buenos conse-

jos que se le dan; quiere hacer y deshacer, comprar y vender sin consultar nada ni á nadie.

A veces la exaltación morbosa se limita á un exceso de ternura, á tendencias libidinosas, á singulares aficiones al tocador.

En algunos casos, es una prodigalidad notable en un hombre habitualmente económico. Esto me recuerda un hecho muy curioso.

Un sujeto que habitaba en el campo, experimentaba todos los años una exaltación maniaca que no duraba más que algunas semanas. Durante una de estas fases de excitación frénica, el suelo se había cubierto de nieve; era en invierno. El enfermo quiso acudir al socorro de los pobres de su parroquia, y al efecto pagó á una verdadera legión de jornaleros para que limpiaran los prados que circundaban su casa. Este acto, tan caritativo en apariencia, era, sin embargo, el resultado de su enfermedad, porque en su estado normal este sujeto hubiera retrocedido ante los gastos que ocasionaba y ante la opinión pública.

En algunos casos, toda la enfermedad se limita á hablar de una manera más rápida,

á una exageración en las eufonaciones vocales,

á un gran atrevimiento en la enunciaci6n de las ideas,

á una disposici6n á defender opiniones insostenibles,

á una excitabilidad extrema, una susceptibilidad, una tendencia á desaprobarlo ó repetirlo todo,

á pretensiones científicas, literarias, artísticas, musicales, poéticas. Yo he conocido un enfermo en el cual las preocupaciones, los estudios continuos sobre las reglas de la antigua ortografía (la belga), era el primer indicio del comienzo de un acceso de manía periódica.

3. Lo que indica que este estado es realmente una enfermedad, es su aparici6n por fases, por períodos; es el desorden, la agitaci6n que se nota en el pulso, el estado anormal del apetito, la ausencia del sueño ó el sueño irregular; es, en algunos casos, una asociaci6n de estos fenómenos con el histerismo, con la epilepsia y aun con el corea, si bien esto último es mucho más raro.

En embargo, los caracteres de la manía tranquila pueden significarse de una manera tan débil, que es necesaria toda la perspicacia de un hombre experimentado para poder apreciarlos en su valor real. Hay también maniacos de esta especie que rechazan sus impulsos morbosos, disimulando y ocultando su estado todo el tiem-

po que conocen que son observados. He conocido algunos pacientes que me decían: «Mi cabeza arde, mil ideas extravagantes asaltan mi espíritu; yo sé muy bien lo que es esto; yo aprecio perfectamente mi posición, voy á volverme loco; yo no tengo sueño ni momento de reposo.» Con frecuencia un torrente de lágrimas terminaba estas confidencias.

4. Hay situaciones en esta enfermedad en que la esfera intelectual queda absolutamente intacta, hasta el punto de conservar el enfermo la conciencia de su estado, dándose cuenta de la exaltación que le domina.

5. Algunos publicistas han negado la realidad de este estado cuando no va acompañado de ningún desorden de las funciones intelectuales; no concebimos, han dicho, la exaltación morbosa de los deseos, del carácter del hombre, de sus pasiones, sin admitir alguna aberración en el juicio, en la memoria, en la imaginación.

En cierto modo, las objeciones hechas á esta cuestión no están completamente desvirtuadas de fundamento. En la mayor parte de las afecciones de que se trata, las funciones intelectuales sufren desórdenes bastante pronunciados, sin que puedan colocarse estas alteraciones en la clase de las ideas delirantes.

La hiperfrenia tranquila, que nosotros admitimos, no expresa siempre una simple exaltación del dominio de los sentimientos; de las pasiones, puede estar complicada de errores en las concepciones; puede tener por síntomas congéneres una incoherencia más ó menos notable en las ideas; puede ofrecer exaltaciones dominantes de una ú otra necesidad.

Esto es lo que el estudio de las diferentes variedades de la manía nos permitirá conocer.

En la evolución de los síntomas de esta afección todo se encadena; en las enfermedades mentales no hay ninguna indicio absolutamente aislado ó solitario.

6. Considerado bajo este punto de vista, el estudio de esta vesania presenta un gran interés. Muchos maniacos de la especie de que se trata han sufrido condenas infamantes de los tribunales y han expiado en las cárceles crímenes ó delitos cometidos durante el curso de una enajenación moral.

¡Cuántas casas, cuántas familias han sufrido disgustos y se han visto sumidas en la desgracia por efecto de esta singular enfermedad, considerada como un estado normal por los parientes más le-

janos, y como una enajenación mental por los que trataban y veían al enfermo más de cerca!

Yo he visto desgraciados venir á ser objeto de persecuciones, de las venganzas más encanadas y perseverantes.

Yo he visto casarse personas arrastradas tan sólo por un excitación morbosa.

Yo he visto algunas mujeres que entablaron demandas de divorcio contra sus maridos porque no los creían enajenados y, sin embargo, lo estaban. Ellas invocaban la ley creyendo que no debían vivir con esposos que las maltrataban.

Yo he visto maridos atacados de esta vesania acusar públicamente á sus mujeres de los actos más vergonzosos.

Yo he visto separaciones corporales y de bienes; pero también he visto después de algunos meses, de un año, de dos, pasados en un estado de exaltación mental, recobrar los sujetos la salud y deplorar amargamente su triste suerte.

Una jóven, notable por sus instintos perversos, cuya madre y hermana se encontraban atacadas de enajenación mental, se volvió loca á su vez. En este estado, presentaba simplemente una fuerte exaltación ó inclinaciones eróticas. Siendo obrera de una fábrica, fué encargada de limpiar las oficinas y logró robar una suma bastante fuerte. Fué acusada otra persona del robo, llevada á los tribunales y condenada. Al cabo de un año nuestra enferma, que no había dejado de trabajar, volvió á su calma habitual y á su lucidez acostumbrada. Entonces declaró que había sido ella la que perpetró el robo.

7. ¡Qué de empresas locas, qué de fortunas comprometidas, qué de enajenados que derrochan en objetos de lujo sumas desproporcionadas á sus medios de existencia!

Una señora confiada actualmente á mis cuidados, firmó una fianza de 40.000 francos; se encontraba en este estado de excitación morbosa sobre el cual llamo en este momento vuestra atención; fué condenada á pagar. Algunos meses más tarde, su manía adquirió un desenvolvimiento tal que ya no fué posible desconocer esta enfermedad. Otra señora perdió 60.000 francos por haber prestado su firma durante una larga fase de enajenación mental, caracterizada exclusivamente por la exaltación morbosa de sus actos y de sus ideas.

Una viuda reclamó mis cuidados por una afección que ella calificaba de nerviosa. Observé una gran aceleración del pulso y sofoca-

caciones que se repetían por accesos. Yo vi en este estado un punto de partida histérico, interesando particularmente los órganos de la circulación. La enferma tenía gran locuidad y no forma. Su conversación, sostenida y piante, tenía una lucidez que me asombraba. Presentaba en el fondo yo no sé qué tendencia á la coquetería, que contrastaba con su edad algo avanzada. La enferma se quejaba de sufrimientos vagos y tenía sinistros presentimientos.

Peró el pulso absorbía mi atención.

Ni siquiera pasó por mi imaginación la idea de una enajenación mental.

Pasaron cuatro semanas sin que pudiera visitar á mi enferma. Pero cuál fué mi sorpresa al volver á verla. Me encontré una persona enteramente cambiada, hablando poco, pálida, observando una extremada reserva en la conversación y que casi no presentaba ya frecuencia en el pulso.

Se había tratado, pues, de una manía tranquila, de una perversión moral que no había yo reconocido. La afección del pulso había sido debida á la excitación del *sensorium*. Más tarde, cuando la enferma me concedió su confianza, pude convencerme de que había tenido conciencia de su estado. Supé también que su hijo había estado loco. Después la enfermedad reapareció casi todos los años. Una vez fué acompañada de alucinaciones; en otra se elevó al grado de una manía agitada.

Reconocéis, pues, conmigo cuán difícil puede hacerse el diagnóstico de esta afección mental. En verdad, hay casos en que es casi imposible encontrar la línea que separa la condición morbosa de la parte moral de la salud física íntegra.

8. Es necesario considerar en esta situación diferentes tipos:

- a) La manía moral, apareciendo como una frenopatía permanente.
- b) Un estado que constituye el período prodromico ó inicial de una manía de agitación.
- c) Un estado que se presenta como fase de la declinación de una manía violenta.
- d) Una situación que constituye el período intermedio, intercalado, de muchos accesos maniacos, separados entre sí por intervalos más ó ménos largos.
- e) Un estado completo de monomanía.

Entre todas las formas de la manía ésta es quizás la más fre-

cuente, y en todos los casos es la que presenta mayores dificultades bajo el punto de vista del diagnóstico.

M. Lelut ha dicho que este estado no es de razón ni de enajenación completa, que es una situación en la cual el enfermo no desvaría, ni tampoco está libre de los extravíos de un maníaco. Es el estado mixto de que ha hablado M. Moreau. Por otra parte, los caracteres de esta afección han sido designados por Esquirol. Pueden verse en la descripción que Prichard ha hecho de la *perturbación moral*. También han sido descritos por los frenógrafos alemanes como una manía afectiva, como una *gemüthskrankheit*.

Lo que prueba que dicho estado inicial debe ser clasificado entre las enfermedades mentales, es la facilidad con que pasa de un estado incompleto al de manía completa; es la transformación que sufre continuamente en las situaciones morbosas más bien caracterizadas. Durante 5, 10, 15 años, la manía puede existir en estado de una fuerte excitabilidad moral, de una propensión á vicios de hecho. Pueden presentarse en este estado accesos de cólera, propensiones á la destrucción y tomar, finalmente, la forma de una manía furiosa. Este último fenómeno hace frecuentemente por sí solo reconocer la realidad de la situación, porque el enfermo, ocupado convenientemente en sus negocios durante una serie de años, aleja, aún para el médico, la idea de un estado morboso, y el referido fenómeno hace reconocer un vicio de carácter que sólo pertenece á la enfermedad.

Observareis también frecuentemente transformaciones singulares, transiciones súbitas. Así, tal enfermo se entregará durante tres meses á actos de una devoción exagerada, mientras que tres meses más tarde dominará en él una extremada coquetería, para mostrarse luego dotado de un carácter irascible ó enredador, ó bien afectar tal ó cual forma morbosa extraña.

Importa evidentemente distinguir la manía tranquila, sobre todo la que simula el estado normal, de toda otra situación que pudiera tener analogía con ella. Para ello es necesario tener en cuenta los datos siguientes:

- a) El paciente en quien se presenta este estado anormal, tiene frecuentemente antecedentes hereditarios que se refieren á la locura.
- b) La monomanía tranquila tiene un principio que se anuncia por un cambio notable, radical, en los hábitos del enfermo.
- c) En su curso se observan amenudo oscilaciones de excitación alternando con momentos de calma y de abatimiento.

d) Pueden declararse transformaciones súbitas ó graduales en el estado del enfermo, en su carácter, en su marcha.

e) Otros ataques de enfermedades mentales anteriores pueden con frecuencia aclarar el diagnóstico.

II

Hay un estado mental que presenta grandes relaciones con el que acabamos de ver, y es el siguiente:

La MANÍA RAZONADORA de Pinel.

La *monomania afectiva* de Esquirol.

No puedo mostráros en este momento ningún enfermo atacado de manía razonadora, al menos de la que yo designo bajo este nombre. Necesito, pues, recurrir á mis recuerdos para hablaros de esta afección mental.

En esta vesania las facultades del raciocinio se elevan por encima del diapason ordinario de las facultades mentales.

Las conversaciones del enfermo son largos discursos.

Estos maniacos muestran una tendencia continua á entablar luchas de ingenio. Y lo que es más, estos abogados de los manicomios son capaces de confundir á los razonadores más lógicos. Sus controversias no pueden ser á veces ni más ingeniosas ni más lógicas. Recuerdo en este momento á una señora que era para mí un verdadero tormento, lo mismo que para todas las personas del establecimiento. Cada vez que se trababa conversación, tenía que luchar con sus ingeniosas sutilezas; todas mis respuestas las hacía pasar por el crisol del análisis, y esto con una profundidad de penetración que asombraba á todo el mundo.

Esta forma morbosa no se presenta sino una vez de una manera simple, se la confunde también bastante generalmente con la manía sin delirio, en la cual el raciocinio queda intacto, como acabáis de ver en uno de nuestros enfermos.

Pues bien, en la manía sin delirio hay también cierta agudeza en las expresiones, claridad en las ideas, tendencia á la crítica; pero hay más pasión, más frascibilidad, más propensión á la lucha que en la manía razonadora; en aquella no hay esa controversia, esa lógica, esa exaltación especial de la ideas que se nota en esta última. En la manía sin delirio la exaltación de las ideas es un reflejo

de la enfermedad; en la manía razonadora la exaltación intelectual es más directa. Es la pasión del raciocinio, pasión absolutamente morbosa.

La enfermedad no está exclusivamente en esta exaltación de las facultades superiores, como dice Gall; está también en los desórdenes mayores ó menores que caracterizan los actos. Aparte de la excitación de las facultades intelectuales, el enfermo es también un verdadero maniaco. Por esto es por lo que M. Briere propone dar á esta afección el nombre de *locura de acción*. La manía razonadora fué incluida por Prichard entre las perturbaciones morales. Esquirol creyó deber denominarla *monomania afectiva*; no comprendemos bastante bien por qué motivo.

Bajo el punto de vista de la medicina legal, de todas las cuestiones que pueden interesar la libertad, la fortuna y la suerte del hombre, el estudio de esta enajenación y el de la manía sin delirio, propiamente dicha, es el que más exige toda la solícitud del médico moralista. En la apreciación de estas afecciones tendrá que luchar constantemente contra la inexperiencia de aquellos á quienes debe ilustrar, y muy frecuentemente su opinión será considerada como una tendencia que le induce á no ver en todas partes más que enajenados; pero, ordinariamente, tristes realidades acaban por abrir los ojos á los más obcecados y hacer trinnfar la causa del hombre de ciencia.

Mare, en su *Tratado sobre la locura*, ha dicho: «Las dificultades que pueden presentarse al perito encargado de informar sobre el estado mental de un individuo son algunas veces tan grandes que reclaman toda su atención, y no podrían vencerse sin el concurso de conocimientos especiales. Y desde luego las concepciones, los sentimientos, así como los actos de las personas cuyo estado mental es dudoso, se aproximan de tal modo en muchas circunstancias al estado mental normal, que puede hacerse muy difícil para el médico el decir si hay ó no locura donde cesa la pasión, sobre todo llevada al más alto grado, y donde principia el delirio, ó también la alteración de la voluntad; en otras palabras, ¿cuáles son los límites en que la razón cesa y en que la locura empieza?»

III

Hay una manía que yo llamo *astuta, maliciosa*, que presenta también muchas relaciones con las variedades que preceden, pero que, no obstante, ofrece en sus fenómenos un carácter dominante.

1. Es esta una afección en la cual los enfermos son guiados por un espíritu de intriga y astucia. El enajenado es:

- un tramposo,
- un intrigante,
- un petardista.

Muestra generalmente una tendencia á organizar complots y á hacer caer á otros enajenados en sus redes. Parece tener la astucia del zorro, y se distingue á veces por una gran aptitud para toda especie de trabajo artístico. Lo más frecuentemente es lúcido en el sentido de sus facultades intelectuales.

Yo podría hacer venir aquí algunos sujetos que padecen esta manía; pero no ganaría nada viéndoles ni interrogándoles. Sus respuestas no os darían á conocer ningún desorden, nada más que cierta bizcoteza de espíritu. Saben calcular tan bien el alcance de sus palabras, que imitan al hombre dotado de razón. Por lo demás, yo quiero humillarles haciéndoles venir aquí.

2. Estos enfermos excitan á los débiles contra los fuertes y á los empleados contra los jefes. Salen de los establecimientos, vuelven á entrar, figuran ante los tribunales, entran en las prisiones, de donde vuelven á salir. En las prisiones se pretende que es necesario enviarles entre los locos; en los asilos de enajenados se dice que su lugar está en las casas de corrección.

3. Ordinariamente se manifiesta esta enajenación bajo la forma de *monomanía tranquila*; pero pasada también tomar el carácter de una fuerte exaltación y hasta presentarse asociada á una manía furiosa.

Hé aquí un ejemplo. El enfermo que tenéis ante vosotros está en el establecimiento hace largos años. Tiene momentos de calma, tréguas durante la cual es muy servicial y se hace útil al personal del servicio. Una tarde, al principio de uno de sus paroxismos de violencia, uno de sus compañeros cayó muerto á consecuencia de un ataque de apoplejía fulminante en medio de los otros enfermos. El

vigilante de guardia, naturalmente sorprendido por este accidente, se instaló solícito al lado del moribundo, mandando ir á pedir asistencia. Nuestro paciente se apoderó de repente de sus llaves, abriéndose de este modo un fácil camino hasta la puerta de entrada del establecimiento. Declaró al conserje que iba encargado por el hermano de su departamento de buscar al médico, y se hizo abrir la puerta del establecimiento antes de que hubiera tiempo de reconocerle. No pudo escapar lejos y fué restituido al establecimiento por la noche. Os cito este hecho sólo para mostraros toda la astucia de dicho paciente. Este hombre conoció á mi padre, y frecuentemente se acerca á mí haciéndome su elogio y citándome hechos de su vida que me interesan. Cuando ve que ha despertado mi atención, establece entre mi padre y yo comparaciones que no me son ventajosas. Después se anima más y más, se enfada, pasa de las insinuaciones á las injurias, para acabar por un acceso violento de cólera. Habráis podido notar frecuentemente en el curso de esta lección hasta qué grado pueden llegar estos paroxismos.

4. Conozco muchas solteras que en la época de sus reglas ó antes de la aparición del flujo menstrual ofrecen esta especie de hiperfrenia, la cual reviste en algunas de ellas un carácter agudo y violento.

5. He observado frecuentemente cierta periodicidad en el curso de esta notable afección. Se pasan cinco ó seis meses durante los cuales los enfermos no se distinguen apenas de las personas sanas. Pero en la primavera, y más aun en el verano, todos los años ó cada dos años se manifiestan de nuevo las tendencias maliciosas, duran cierto tiempo y desaparecen otra vez para dar lugar á un estado normal.

Ved ahí, pues, una situación cuyo diagnóstico puede ser extremadamente difícil.

6. Estas dificultades se presentan sobre todo en las cuestiones que se refieren á la libertad de estos enfermos. Estos hacen á veces esfuerzos increíbles para no dejar conocer en lo más mínimo su enfermedad, y saben conducirse tan bien que imitan completamente al hombre sano y razonable. Este papel pueden sostenerlo durante un tiempo más ó menos largo; pero apenas se les ha concedido la libertad, se desbordan y dan libre curso á sus extravagancias.

Puedo citaros un ejemplo curioso de este espíritu de intriga. Una jóven religiosa enajenada, es encerrada en una casa de salud de Bél-

gica. Creyendo tener motivo de queja de sus guardas, escribió muchas cartas á sus parientes llenas de acusaciones dirigidas contra los jefes del establecimiento. Como estas cartas quedaban sin respuesta, supuso que no llegaban á su destino. Entonces concibió un plan astuto, que ejecutó con una destreza y una energía notables. Solocó todos los impetus de su enfermedad y se anunció como curado. Las cartas iban entonces llenas de elogios hacia las personas á cuyos cuidados estaba confiada. Pidió con insistencia ver á sus parientes, y hémosse encontrado en su presencia olvidó el papel que se había impuesto, estallando en violentas aduerciones contra los jefes del establecimiento, y dió las pruebas más evidentes de un extravío mental de los más completos. En tal situación, fué confiada á nuestros cuidados. Más tarde, durante la convalecencia, pudimos oír de su boca todos los detalles de aquella estratagemá, y la exposición de los esfuerzos casi sobrehumanos que había necesitado hacer para disimular los síntomas de su enfermedad.

IV

UN SUJETO ATACADO DE LA MANÍA DEL ROBO

Hay enajenados ladrones.

Se ha designado la enajenación del robo con la palabra *cleptomania*, de *κλεπτης*, yo robo; *μανια*, ladron. Es la *Kleptomania* de Matthey.

He observado frecuentemente este estado como un síntoma transitorio al principio ó en el curso de la manía; á veces he vuelto á encontrarlo también como fenómeno radical de esta afección. Se observa también con frecuencia al principio de la parálisis progresiva.

El robo como síntoma de enfermedad mental puede, pues, formar parte integrante de un estado compuesto, pero se presenta también como un estado elemental, como una vesania moral. Puede constituir una verdadera *monomanía* del robo, una *cleptomaniomanía*.

1. El jóven que veis allí, y que se distingue por la frescura de su tez y por la afabilidad de sus facciones, por su mirada inteligente y sus buenas maneras, se halla atacado de la manía de que os hablo; está empleado aquí como enfermero.

La enfermedad se anuncia en él por accesos de manía que aparecen de tres en tres años, manifestándose cada vez por una inclinación exagerada á la codicia.

Este enajenado, al que distinguen, por lo demás, excelentes cualidades morales, entre otras un gran deseo de instruirse, este enajenado, repilo, jardinero de profesion, roba las plantas que se encuentran en el jardín, el dinero y los vestidos de sus camaradas. Birla la vigilancia de los guardas más expertos y logra con frecuencia evadirse.

Gasta el dinero que ha robado, y roba á la gente en cuya casa se aloja.

Hace cambios y engaña á todos los que se le acercan.

Se entrega á toda especie de atrocinos, comete depredaciones en todas partes, hace gastos locos y acaba por presentarse á las puertas del establecimiento con el fin de ser readmitido.

Los accesos duran algunos meses y son reemplazados por largos intervalos de inocidez, durante los cuales este jóven reanitia concienzudamente, á medida que se lo permiten los ahorros de su trabajo, el dinero ó los objetos que pudo robar.

Puede admitirse que durante dichos intervalos se halla enteramente libre de esta enfermedad.

2. Juzgad, pues, de la posición del médico ante los tribunales cuando éstos le piden su dictámen en casos parecidos. ¿Qué concluir de esa inclinación al robo, en cierto modo permanente, que existe desde la infancia en este sujeto, y que sigue la marcha oscilatoria de los accesos maniacos?

Yo respondo sin titubear: la persona en la cual se observan estos fenómenos no puede ser considerada como gozando del pleno uso de su razon; aunque presente largos intervalos lúcidos.

La irregularidad del sueño, la frecuencia del pulso, su lentitud á veces, el estímulo de las fuerzas digestivas, la locuacidad del sujeto, el cambio en sus hábitos, la alteración de sus facciones, la facilidad con que se le engaña, y á veces la confusión en las ideas, anuncian una situación patológica y deben ayudar y guiar al médico cuando es llamado por la justicia para decidir la cuestion de saber si es en una prisión ó en una casa de salud donde debe encerrarse al sujeto sometido á su exámen.

3. Dicha situación no es del todo rara en las mujeres embarazadas. Hace algunos años habia en esta poblacion una señora que,

cada vez que estaba en cinta, iba a visitar todos los almacenes y cometía numerosos robos. Añadimos que su marido la seguía ordinariamente y tenía el cuidado de pagar todos los objetos robados.

4. Todos los que han descrito este género de vesania reconocen la parte poderosa que tiene una predisposición hereditaria en el desarrollo de la monomanía del robo.

5. Esta enfermedad se manifiesta de ordinario bajo la forma de una manía tranquila, pero algunas veces ya asociada a un estado de agitación y de turbulencia.

6. Puede repetirse por accesos, y en algunos casos estos accesos son instantáneos.

Las Memorias del Dr. Jacobi, insertas en el *Zeitschrift für krankheiten Seelenzustände*, contienen conocimientos interesantes sobre la manía del robo.

El primero que llamó la atención sobre esta singular enfermedad, fué Gall en su libro titulado *Funciones del cerebro*.

Mathey, en sus nuevas *Investigaciones sobre las enfermedades del espíritu*; Esquirol, en el *Diccionario de ciencias médicas* y en sus *Enfermedades mentales*, y Combe, en su *System of Phrenology*, abrieron camino a curiosas observaciones.

Debeis leer en el *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* las consideraciones sobre la manía del robo, de MM. Dameraw, Schupmann y Bergmann; dichas consideraciones ofrecen un gran interés.

Los *Annales médico-psychologiques* contienen también sobre esta singular enfermedad detalles conseguidos por los Dres. Girard, Moreau, de Tours y otros.

La obra de Marc sobre la *leucra* merece, sobre todo, ser consultada.

V

He observado manías y monomanías de avaricia.

VI

Las manías, las monomanías del despilfarro, son muy frecuentes.

De esta enajenación a la frenopatía que vamos a estudiar no hay más que un paso.

VII

El maniaco experimenta á veces una necesidad incesante de ingerir licores fermentados ó espirituosos.

Se ha designado esta especie de vesania de diferentes maneras:

MANÍA DE EMBRIAGARSE,

manía erupulosa,

manía alcohólica,

lipomanía (de *λίπα*, sed),

anómia de Rayer (de *ανος*, vino).

Las tres situaciones siguientes deben distinguirse con claridad.

1.º El uso habitual ó immoderado de las bebidas fermentadas ó alcohólicas.

2.º El deseo de beber, presentándose en el curso de la manía como un síntoma transitorio.

3.º El abuso de las bebidas como expresión de una monomanía en personas que no han tenido la costumbre de embriagarse.

A. Los excesos en la ingestión de bebidas, de licores alcohólicos, puede conducir á los desórdenes más graves.

Por una parte, estos agentes llevan al organismo un elemento estimulante que obra desfavorablemente sobre el corazón y los órganos depuradores; y por otra influyen sobre el sistema cerebral y sobre todo el sistema nervioso, como elementos de intoxicación y de perturbación intelectual.

1. Las personas que se entregan á estos excesos se hallan á veces en un estado de manía habitual; á muchos de ellos se les ve convertirse en epilépticos. Otros son directamente atacados de demencia, ó bien ésta se desenvuelve á consecuencia de la manía ó de la epilépsia. En otros casos poco raros, el abuso de licores fuertes conduce á la parálisis general.

A dicha enajenación mental acompañan ordinariamente síntomas característicos. Estos indican, por un lado, el estado congestivo del cerebro, y por otro una caquexia especial y una notable debilidad del sistema nervioso, que se anuncia por la apatía, el aplanamiento general, el temblor de los miembros alternando con un estado de reacción agresiva, locura, quejas y acusaciones.

El *delirium tremens* es una de las variedades de esta situación.

Es un estado de sobreexcitación que se acompaña de un singular temblor de los miembros. Esta afección puede ser clasificada entre las enfermedades agudas, pero en muchas circunstancias pertenece á las frenopatías.

Aquí se presenta una cuestión importante: Puede secuestrarse á todo hombre atacado de excitación maníaca por consecuencia del uso immoderado de las bebidas? Yo creo que, cuando se tiene la esperanza fundada de ver disiparse en algunos días el estado maníaco y que el enfermo no se entregue á desórdenes graves, y especialmente cuando se trata de una primera invasión, es necesario evitar el secuestro. Habrá por lo menos imprudencia y falta de sagacidad en recurrir demasiado pronto á esta medida. Pero si el enfermo ha sufrido diferentes accesos, si la experiencia ha hecho ver suficientemente la imposibilidad de corregirle de sus hábitos viciosos, nada será más útil que confinarle á manos peritas y someterle al régimen de un establecimiento sanitario.

He aquí dos sujetos atacados de empujacion mental á consecuencia del uso habitual de licres alcohólicos. Todo anuncia en ellos hábitos crapulosos.

Hay en sus facciones yo no sé qué de especial, de descompuesto. La piel presenta un color característico, una hinchazon marcada.

Los ojos tienen también una expresion muy particular. La dilatacion de las pupilas da á la mirada yo no sé qué de fiero, de extraviado.

El pulso ofrece una notable pequeñez en uno de ellos.

Estos hombres no tienen nada de locos.

El uno es epiléptico.

El otro está atacado de un temblor de los miembros.

La situacion de este último ha sufrido desde que está aquí una mejoría, mejor dicho, está próximo al estado normal.

El primero tiene momentos de gran impaciencia, de cólera, sobre todo en los días que preceden al de las convulsiones; sin embargo, éstas se han hecho menos frecuentes desde que está sometido al régimen de la casa.

B. Como acabo de decir, el deseo immoderado de la bebida aparece frecuentemente como un síntoma accidental y general, sobre todo inicial de la manía. En muchos de los maníacos que están aquí la afección se anuncia al principio de esta manera.

C. 1. La embriaguez puede presentarse como una afección esencial; es decir, que el deseo de beber puede ser una verdadera impulsión morbosa y constituir una monomanía en toda la fuerza de la afección. Es una enfermedad rara, sobre cuyos caracteres diferenciales existe error; lo mas frecuentemente no se ha visto más que un fenómeno morboso, siempre el mismo; los médicos legistas son los únicos, por decirlo así, que no han desconocido la verdadera dipsomanía, descrita por Hufeland el primero. Es un estado en el cual el enfermo es impulsado por un *deseo morboso* de ingerir bebidas fermentadas ó alcohólicas.

2. Yo ví esta afección por primera vez en un maestro de música que todos los años, ó algunas veces cada dos años, dejaba bruscamente sus estudios para entregarse al uso immoderado de la bebida. Se encontraba entonces en un estado de embriaguez continua durante cerca de tres meses, hasta que este estado venía á desaparecer subitamente, por decirlo así. Entonces este hombre volvía á ser enemigo de todos los excesos, no bebía en las comidas más que agua y evitaba con un cuidado exquisito todas las ocasiones donde pudiera comprometer su salud y su dignidad. En uno de estos períodos de lucidez, al sentir los prodromos de su enfermedad puso fin á sus días.

3. Os citaré otro caso: el de una señorita que, por una enfermedad de la especie de que se trata, sufrió dos encierros en una casa de salud. La necesidad, la insaciable necesidad de beber vino y cerveza, se manifiesta en ella por períodos de tres ó cuatro años de intervalo. Aislada, y en la imposibilidad de entregarse á esas inclinaciones insolitas, mostraba mucha agitacion, una extrema vivacidad, pero no se observaba en ella ninguna idea delirante. Se trataba también allí de una perturbacion moral.

4. Importa, pues, distinguir la manía de embriagarse de la excitacion maníaca, que es la consecuencia de la embriaguez habitual. No se la puede confundir con la inclinacion por las bebidas, considerada como vicio habitual. Difiere enteramente de estas situaciones, porque lo que caracteriza esta inclinacion morbosa, como acabais de ver, es su aparicion bajo forma de monomanía y de accesos periódicos, es la frecuencia del pulso, es una debilidad marcada de la inteligencia durante toda la duracion de los períodos de la enfermedad.

5. Se observa en estos sobre todo que tienen el hábito de inge-

rir grandes cantidades de bebidas espirituosas, y se manifiesta particularmente en los sujetos que renuncian á ello súbitamente.

6. Los enfermos que acabamos de ver tienen la cabeza congestionada, el semblante hultoso; sus ojos están llorosos. Cuando les invade en enfermedad el aliento exhala un olor penetrante, el de un líquido en fermentación. En uno de ellos el paroxismo se acompaña ordinariamente de sudores profusos. Esta especie de diaforésis trae en pos de sí la calma y se presenta casi como un fenómeno crítico. Como veremos más adelante, este estado es acompañado frecuentemente de ideas delirantes de una naturaleza particular; los enfermos creen ver ratones, gatos y toda clase de fantasmas.

7. Algunas veces la dipsomanía toma las proporciones de una manía tranquila; en otros casos se eleva al estado de manía furiosa. Esta última situación está lejos de ser rara.

Con respecto á una variedad de esta afección, os será de gran fruto leer el epíteto de S. G. Lind, titulado: *De delirio tremante, sit illius observationum series.*

Göden: *Von dem delirium tremens.*

Baackhausen: *Beobachtungen über den Säuferecalnsinn.*

Blake: *A practical essay on the disease generally known under the denomination of delirium tremens.*

VII

CASO DE MANÍA ERÓTICA

La erotomanía, la monomanía erótica, es una variedad de la manía en la cual el enfermo está dominado por inclinaciones libidinosas.

Puede afectar formas diferentes:

la erotomanía sintomática,

la monomanía erótica,

la púisonomanía,

la histriomanía,

el furor erótico, uterino,

la satiriasis.

1. El erotismo no es frecuentemente más que una manifestación morbosa, mostrándose como un síntoma más o menos marcado en el

conjunto de fenómenos que caracterizan la exaltación maniaca. Así es que en muchos casos se observa una excitación erótica durante todo el primer período de las diferentes especies de manía.

Esto se ve, por ejemplo, en el sujeto que someto en este momento á vuestro exámen.

La mirada de este enajenado no ofrece nada de morboso; su fisonomía no expresa pasiones exaltadas. Hay alegría en sus facciones, hay una especie de malicia en sus ojos. No hay nada desordenado ni anormal en su traje ni en su tocado. Su talante nada tiene de inconveniente. Solo su palabra es la que denuncia los sentimientos que dominan á este hombre. Sus conversaciones, extremadamente libres, de una obscenidad repugnante, atestiguan que en él la manía está complicada de una excitación sensual. Los antecedentes que hemos adquirido sobre el primer desenvolvimiento de esta enfermedad, prueban que empezó, entre otros fenómenos, por palabras obscenas. En la actualidad, cuando este enajenado no sospecha que le observan, se entrega con un extremado ardor á tocamientos impúdicos. En esto otro, cuyo hábito y la marcha de su enfermedad son idénticos, pero que provoca á sus compañeros de infortunio con un cinismo espantoso, el mal estalló repentinamente despues de un acceso de melancolía profundo. Hacia 10 años que dura esta situación.

En muchas jóvenes maníacas se observa cierta excitación gineésica.

Su conversación tiene cierto color que no se presenta de ordinario; se expresan en un lenguaje equivoco que denuncia sentimientos que habitualmente no se manifiestan; afectan cierta coquetería en sus maneras. Toman actitudes lascivas y tienen una tendencia á descubrirse, sobre todo durante el período de crecimiento de su enfermedad.

Al cabo de algún tiempo esta excitación sensual se calma; pero en muchos casos persiste con los otros fenómenos de la exaltación maniaca.

Lo más frecuentemente, este erotismo trae en pos de sí la demencia, durante el curso de la cual, y cuando todas las facultades intelectuales se apagan, la exaltación erótica continúa manifestándose.

Observad este sujeto atacado de manía con hidropesía, en el cual se observa ese mismo erotismo sintomático. Un gran número de

epilépticos se encuentran bajo la influencia de una fuerte excitación genésica.

En este otro sujeto el erotismo sintomático no se declara más que en los momentos de exacerbación maníaca.

Las mujeres atacadas de manía presentan á veces este fenómeno periódicamente en la época de la menstruación.

Muchos maníacos se entregan á la masturbación.

2. LA MONOMANÍA ERÓTICA, LA EROTOMANÍA, es una afección que no se encuentra sino rara vez en nuestros establecimientos; no se presenta más que una vez por 150 admisiones. Hasta en el asilo de los hombres enajenados indigentes no ha sido observada más que una vez, entre 2.300 admisiones como afección mental franca y permanente. Puede ser también una perturbación moral.

El erotismo morboso se manifiesta en los dos sexos; es más frecuente en las mujeres que en los hombres; en los solteros y viudos que en las personas casadas del sexo. Yo la he observado en mujeres embarazadas. Se encuentra con más frecuencia en las personas que viven castamente que entre las que se entregan al libertinaje. Se observa en todas las edades, desde la pubertad hasta la vejez.

A veces el erotismo se declara en la época de la menopausia, y se encuentra evidentemente en relación con un estado especial de los órganos sexuales. Yo he visto esta condición morbosa de los órganos utero-ováricos acompañada de una turgencia especial, hasta el punto de provocar una abundante secreción de calostros en las glándulas mamarias, como se ve en las mujeres embarazadas, como se ve en los animales en la época del celo.

No es raro encontrar esta exaltación morbosa en las mujeres de una edad muy avanzada, dotadas de una fuerte constitución. Nada más curioso que escuchar las conversaciones de esas erotomaníacas, observar sus melindres, su tocado, los dedos adornados de sortijas, el cuerpo cubierto de vistosos trajes; estas mujeres ostentan en sus casas un maneblaje suntuoso con la esperanza de atraer á los hombres.

Vindas lo más a menudo, ábuelas á veces, estas Mesalinas de 70 años, en su edad caduca, son la desolación de su familia, á la cual arruinan frecuentemente con sus frívolos derroches.

Una erotomanía, que yo llamaré senil, no es del todo rara en los hombres. En éstos también se caracteriza por maneras libres y

provocadoras. Muchos atentados al pudor cometidos por viejos en niños podrían encontrar su explicación natural en un estado morboso, que frecuentemente pasa desconocido.

Si se consideran las circunstancias que dan lugar á esta afección, se llega á reconocer un estado congénito; una hermana, un hermano, un tío, una tía, han estado enajenados y con frecuencia en una edad avanzada.

La erotomanía en las personas de edad avanzada pasa generalmente á la demencia, de la cual puede considerarse como un primer síntoma. Pero puede durar meses y hasta años antes de sufrir esta transformación, signo de una decidida incurabilidad. En una edad avanzada, la demencia se declara más rápidamente en los hombres que en las mujeres.

Yo conozco una señora erotomaníaca desde su juventud, se casó á los 50 años, volvió á casarse en segundas nupcias á los 60 y debe tener en la actualidad 70 años; en esta señora el erotismo genésico no se ha apagado todavía.

Se formaría una idea falsa de la erotomanía suponiendo que los enfermos se conducen siempre con un completo abandono y sin ningún pudor. No sucede así generalmente. Algunas veces los enajenados eróticos, y hablo particularmente de las mujeres, no presentan nada en sus modales que pueda hacer sospechar esta afección. En la conversación se deja entrever el carácter erótico, pero generalmente de una manera decente y velada. En otras, las facciones, los gestos, llevan impreso cierta languidez amorosa; es bastante raro encontrar en ellas indecencia, palabras picantes y obscenas, al menos aquí en nuestros establecimientos.

La monomanía erótica se presenta, pues, á nuestra observación generalmente bajo la forma de una hiperfrenia tranquila, sin aberración notable en las ideas. Esta afección sufre á veces metamorfosis singulares; así, puede transformarse en manía religiosa ó asociarse á ella. Esta modificación se anuncia ordinariamente por un cambio en el tocado y vestidos, que, de extravagantes, se vuelven de una severidad irreprochable. La manía erótica sucede á veces á melancolía religiosa.

En algunos casos esta vejanía constituye una manía turbulenta, pero rara vez furiosa.

El furor uterino es una afección excepcional.

3. La *niafomanía* (la *aidiomanía* de Mare (de *aidia*, partes pu-

dendas), es más rara que la monomanía erótica, al menos en nuestras poblaciones.

Aquí los síntomas anuncian una violenta excitación de los órganos sexuales. Las enfermas se entregan á los trasportes más desenfrenados y lascivos.

De esta afecion se origina la histeromanía, el furor uterino, propiamente dicho.

La sátirisis en el hombre sólo es una modificación.

Son dos situaciones que no he podido observar con frecuencia.

Hé aquí, sin embargo, un hecho de que fui testigo con otro médico de esta ciudad. Es una ninfomanía que recuerda un caso análogo citado por Esquirol.

Un joven matrimonio vino á hospedarse á un hotel... Sólo hacía ocho días que estaban casados. Ahora bien, aconteció que en el momento de ponerse en camino inmediatamente después de casados, la apareció á aquella joven señora el flujo catamenial. Cediendo á las instancias de su esposa, el marido, que tenía más edad que ella, se abstuvo de toda relación sexual, compartiendo, sin embargo, ambos el lecho nupcial. El coito no se efectuó hasta el octavo día, y fué inmediatamente seguido en la mujer de una manía completa, caracterizada por palabras de una libertad y de una exaltación extremada, y por provocaciones y gesticulaciones de las más significativas. Se trataba de una ninfomanía furibunda, en toda la acepción rigurosa de la palabra.

4. Estas variedades de manía se atribuyen á veces á un temperamento particular; pero, por mi parte, rara vez, por no decir jamás, he podido observarlas como estados primitivos; las he visto suceder á penas, á marcadis disgustos, sea como fenómenos precursores, sea como síntomas del primer período del mal. Así es que se ve á la erotomanía surgir de una melancolía, como es lo demostraré bien pronto.

Voy á citaros un triste ejemplo que he presenciado:

Una señora de una complexión nerviosa é histérica, madre de muchos niños, perdió á su marido á la edad de 50 años, y continuó al frente de un gran establecimiento. Sus costumbres habían sido siempre irreprochables, habiéndose hecho notar por una extrema reserva. La muerte de su marido fué para ella un golpe terrible, que llenó su corazón de amargura y su alma de tristeza.

Algunos meses después de la defunción del esposo, llamó la

atención pública por la gran actividad de su palabra y por su extremada afición al lujo. Se la reconoció un verdadero deseo de contraer segundas nupcias.

Contrajo decididamente una erotomanía, y fué sorprendida un día en comercio íntimo con un joven á quien consiguió atraer. Se hizo notable por un sinnúmero de extravagancias; finalmente, se casó con un sujeto de la más humilde condición.

Al cabo de algun tiempo, la erotomanía tranquila se transformó en manía furiosa. En tal estado la enferma fué confiada á mis cuidados. Dejó de mostrar fenómenos eróticos, pero su enfermedad no tardó en tomar el carácter de una demencia, á la cual succumbió más tarde esta infortunada.

5. Cuando la erotomanía ha adquirido toda la plenitud de su desenvolvimiento, su apreciación, bajo el punto de vista del diagnóstico, no es difícil. No sucede lo mismo cuando está en su período de incubación y en sus formas iniciales, que á veces se hacen reconocer exclusivamente en el cambio sobrevenido en las costumbres del paciente. Las personas conocidas por la pureza de sus costumbres, tienen una tendencia á llevar la conversación sobre asuntos que hieren el pudor; nada menos edificante que su conducta y sus palabras. La enfermedad se limita á estas solas manifestaciones.

Las afeciones eróticas han sido muy bien descritas por Esquirol. Merece consagrado á estas cosas un largo capítulo que contiene hechos curiosos. Consultad su obra sobre *La locura en sus relaciones con las cuestiones médico-jurídicas*.

Las enajenaciones mentales de naturaleza libidinosa ocupan un extenso lugar en medicina legal. La historia de los atentados al pudor, la violación, como la del robo, como la de los asesinatos, ha puesto frecuentemente, tanto á los médicos como á los ministros de la justicia, en una posición difícil y embarazosa. Los atentados al pudor, las violaciones, son en muchos casos acompañados de tales singularidades, que apenas puede creerse en la integridad intelectual del hombre que las ha cometido. En los atentados cometidos, sobre todo en los niños, es donde el médico encuentra circunstancias que se separan del curso ordinario de las cosas y hacen surgir la idea de la existencia de una enajenación mental. Por otra parte, en estos casos no debe olvidarse un punto de vista que viene á veces á dominar en la situación primitiva. Volviendo la reflexión en el hombre inculpaado, éste, viéndose bajo el peso de una acusación

judicial grave, teniendo ante sí la perspectiva de la prision, del deshonor, á veces padre de familia, se encuentra profundamente humillado y expuesto á una violenta desesperacion, sintiendo una irresistible inclinacion al suicidio. Esta desesperacion puede ser normal, pero puede ser también la expresion de un estado mental morboso, que el médico será llamado á apreciar. En estos casos la euforizacion toma su origen en el sentido de la reflexion, en la reaccion que sufre el inculpaado al volver en sí.



1. Aquel hombre que nos observa desde lejos, allí abajo, que parece experimentar un placer tan vivo al veros, es un soldado, músico, agregado como tal á uno de nuestros regimientos.

A su entrada, su enfermedad presentaba síntomas muy distintos á los que ofrece en este momento. El enfermo era de un humor muy poco tratable, como la mayor parte de los maniacos.

Peró esta enfermedad ha sufrido una trasformacion.

Insensiblemente se ha observado en este sujeto un cambio en las facciones; su fisonomía ha acabado por expresar una alegría casi habitual.

Todas las impresiones se hacen agradables en este hombre.

Sus ideas recaen preferentemente sobre recuerdos alegres.

Se complace en recordar las escenas de placer á que ha asistido antes de su enfermedad; á la menor invitacion que se le hace, se pone á bailar.

Su cara está siempre sonriente.

Su comportamiento es siempre benévolo y cariñoso.

Es afable para todo el mundo.

Es el que lleva el compás en nuestros ejercicios musicales.

Lejos, pues, de ser su manía una expresion de lo que se llama mal humor, esta afeccion presenta frecuentemente una serie de fenómenos que anuncian el bienestar, la alegría.

Es este un grupo de síntomas al cual Esquirol ha llamado *monomanía alegre, manía jocosa*. Chambeyron la dió el nombre de *che-*

romantia; finalmente, se la ha designado también con la denominacion de *corcomania, manía saltadora*.

2. Son estas situaciones que pueden constituir monomanías, en todo el valor de la palabra. Es necesario distinguirlas del delirio jocoso histérico, que ordinariamente sólo es más que un estado transitorio.

3. La historia de estas afecciones no carece de interés.

En el siglo XIV (1373), se declaró una epidemia de corcomanía, muy bien descrita, en Bélgica, en Holanda y en las provincias del Rin, la cual se propagó á muchos estados de Alemania. Los enfermos frecuentaban las iglesias, se entregaban al baile con la pasion más desenfrenada, se adornaban la cabeza con flores y recorrían en cuadrillas diversos países. Esta afeccion tomó, finalmente, una forma convulsiva, y fué designada en Italia con el nombre de *torutismo*; en Francia se han llamado hace mucho tiempo estos enfermos los convulsionarios de *Saint-Médard*.

El sujeto que veis allí paseándose en el patio, es un sacerdote que, á consecuencia de violentas predicaciones dirigidas contra los sectarios de un nuevo culto, fué atacado de una afeccion que recuerda á los convulsionarios de que os acabo de hablar. Uno ú otro dia tendreis ocasion de verle en el momento en que hace las más singulares gesticulaciones; entónces tiene el aspecto de un poseído. Sus accesos se terminan por una calma perfecta.

4. Es útil hacer observar que esta afeccion danzante no lleva generalmente el carácter de la alegría. Así, ese sacerdote ofrece un estado de concentracion de espíritu que se aproxima á la melancolía.

La AMENOMANÍA, LA AMENOMONOMANÍA, es una variedad de manía jocosa, en la cual todos los actos del enajenado llevan el sello de una urbanidad, de una afabilidad extremas.

Esta afeccion no es rara; en casi todos los establecimientos se encuentran ejemplos de ella.

Fijad los ojos sobre esos enfermos; no se les nota nada más que en la cortesía de sus maneras, en la pulcritud de sus palabras...

Hay una MANÍA VANIDOSA.
la *monomania vanidosa*,
la *mania Narciso*.

Se manifiesta ordinariamente bajo la forma de una manía tranquila, que nos presenta al enfermo infatuado de su hermosura, de sus gracias, de su ingenio, de su apostura, de su talento, de sus títulos, de su nacimiento.

1. Tales enajenados gozan mirándose y en adornarse; algunas veces despliegan un arte maravilloso en modificar sus trajes, aunque su guarda-ropa esté muy poco provisto; crean modas nuevas, arreglan con exquisito gusto sus cabellos, estudian el modo de poner de relieve todo lo que su semblante y su cuerpo puedan ofrecer de ventajoso para el tocado.

Creo deber hacerlos observar que en muchas variedades de la manía se encuentra una exaltación mayor ó menor del amor propio. Los maniacos tienen, en general, una opinión favorable de todo lo que les concierne. Tienen la convicción de que lo que ellos hacen no puede estar mejor hecho. Apenas encuentran ningún defecto en sí mismos, como sucede en la melancolía; el melancólico tiene formada una deplorable opinión de sí mismo; el maníaco, por el contrario, tiene una propensión á enaltecer sus propios actos.

Esta enfermedad se presenta rara vez bajo la forma de una *monomania*; sólo de tiempo en tiempo se la encuentra de esta manera en nuestros establecimientos.

Frecuentemente está asociada á síntomas paralisiformes.

Constituye también una manía tranquila, una perturbación moral.

XII

UN CASO DE MANÍA AMBICIOSA.

LA MANÍA, LA MONOMANÍA AMBICIOSA:

la *monomania orgullosa*.

La manía, la *monomania de las riquezas, del engrandecimiento*, es una especie de frenopatía ó forma monomaniaca en la cual el enajenado aspira al poder, á la supremacía. En todas partes donde se presenta se conduce como dueño. Todo el mundo debe obedecerle.

No tenéis necesidad de interrogar al sujeto que so nos presenta

para llegar á conocer los caracteres de su enajenación. Su actitud traduce los sentimientos que agitan su alma. Es un antiguo capitán de voluntarios, que desempeñó cierto papel durante la revolución de 1830.

El Dr. Brievre ha descrito muy bien, y en pocas palabras, los caracteres distintivos de esta vesania; ha dicho: «En general, los monomaniacos orgullosos tienen un salto característico; llevan la cabeza levantada, tienen la mirada fiera, protectora, no latelan á nadie, sonríen con aire de piedad cuando se les dirige la palabra, se enfurecen si se insiste en hablarles, tienen un andar acompasado ó permanecen inmóviles en una actitud orgullosa.»

La necesidad de mandar se presenta bastante frecuentemente como un síntoma de manía general. En gran número de maniacos, encontrareis pensamientos ambiciosos.

La verdadera monomania del orgullo es una vesania rara; apenas se presenta aquí una vez por cada 300 admisiones.

La ambición constituye un elemento de asociación en muchas enajenaciones compuestas.

Puede acompañar al delirio especial.

Se combina con la demencia paralisiforme.

En esta enajenación, el enfermo se cree poseedor de sumas y de propiedades fabulosas; considera todo lo que vé como de su pertenencia.

Esta situación es completamente distinta de la manía ambiciosa de que hablamos; se anuncia por la carencia de todo signo de parálisis de los músculos.

En estos últimos tiempos, M. Ach. Foville ha publicado un importante trabajo sobre este asunto, bajo el título de *Étude clinique de la folie vaniteuse, prédominante ou délire des grandeurs*.

reservado en sus gestos, mientras que en esta mujer maníaca hay yo no sé qué arrobamiento, qué delirio que atrae las miradas. La manía religiosa se asocia con bastante frecuencia al delirio erótico.

Estas dos formas, la una maniaca, la otra melancólica, marcan una división establecida por un médico frenopata, M. Cécile, que admite una forma religiosa mística, penitente ó opresiva, y una forma expansiva ó contemplativa.

Al hablar de la melancolía, he dicho que, entre 100 melancólicos, habíamos observado 58 ensajonaciones religiosas. La manía se presenta mucho menos frecuente que la melancolía religiosa; entre 200 maníacos admitidos, no se encuentra aquí más que un caso, cuando más, que tenga por objeto la religión.

XIV

UN CASO DE LOCUCIDAD

Hay maníacos que se conducen con decencia, que no se alteran en modo alguno, pero que se hacen notar por su extrema locuacidad. Basta hacerles una pregunta insignificante, para que al momento os respondan con un diluvio de palabras.

Este estado constituye en algunos de nuestros enfermos una verdadera exaltación parcial, una monomanía de locuacidad. Esta monomanía puede manifestarse sin desorden, sin incoherencia en las ideas, hasta sin alteración notable en los conceptos.

Esta es la *loquomanía*:

la *logolarrax* de algunos patólogos,
la *logomanomanía*.

Tal estado se observa en el enfermo que tenemos presente.

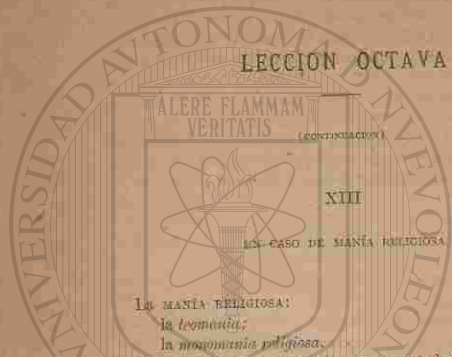
Lo más frecuentemente, la excitación de la palabra se encuentra en estado de asociación sintomática, combinada con otros elementos de la manía ó otras formas fundamentales, tales como el delirio, la demencia y, sobre todo, la incoherencia de las ideas.

Se encuentra también en la manía trágica.

Caracteriza con frecuencia la manía turbulenta.

Anuncia a menudo la invasión de la manía con agitación.

Es también, en menor proporción, uno de los elementos que anuncian la predisposición a las frenopatías. En efecto, algunas



LA MANÍA RELIGIOSA:
la *leomanía*;
la *monomanía religiosa*.

Esta ensajonación se presenta comúnmente bajo la forma de una exaltación limitada a un círculo de actos relativos a la religión ó á las prácticas del culto.

En ese caso se encuentra la mujer que nos trae aquí.

Es una señora que afecta actitudes de una ferviente devoción, la mayor parte de las veces muy extravagantes. Con frecuencia cae esta enajenada de rodillas, después se levanta, se prosterna de nuevo, corre luego á derecha ó izquierda, entona cánticos religiosos ó invoca en alta voz á la Virgen y á los Santos. Toda su conversación recae sobre asuntos evangélicos. Si no se le impidiera, las paredes de su cuarto estarían cubiertas de imágenes, de prendiditas reliquias; en todas partes cree encontrar emblemas relativos al culto.

Estas manifestaciones de la manía religiosa contrastan de una manera sorprendente con la *melancolía* de este nombre, como podéis convenceros en los dos sujetos que acaban de presentarnos. La una expresa los sentimientos de devoción con humildad y temor. El otro los manifiesta por gesticulaciones desordenadas. Hay en la primera una animación en las frases que no se encuentra en este melancólico; éste es extremadamente sobrio en las palabras, enteramente

vezes una locacidad extrema caracteriza a los miembros de ciertas familias en las cuales la enajenación mental es hereditaria. Pero si este estado mental constituye con frecuencia el fenómeno precursor de una manía general, es también uno de los síntomas que merece la atención por parte del médico cuando se trata de devolver la libertad a los enfermos confinados en un establecimiento. Cuando todo parece anunciar una mejoría, cuando el médico es solicitado por el llamado convalciente, por sus parientes ó amigos, encuentra con frecuencia en la inagotable necesidad de hablar del enfermo, un signo preciso para reconocer la existencia de una enfermedad que no ha llegado á su término. Un enfermo en tal estado no está convalciente.

XV

La manía presenta otra forma, á la que yo denominaré la MANÍA QUIESCIENTE. Aquí el enfermo ofrece una propensión á estar descontento de todo, á encontrarlo todo mal, á decir palabras ofensivas, ultrajando hasta á sus mejores amigos y bienhechores.

Dicho carácter acusador, crítico, aparece como una manifestación sintomática propia de la mayor parte de los maníacos.

Se presenta también como la expresión de un fenómeno aislado, como una *monomanía quiésciente*.

Voy á mostraros un folio que ha impresionado á muchos hombres notables de este país. Es un escrito elaborado en este establecimiento por un maníaco que, después de una curación incompleta, publicó el manuscrito.

Hé aquí el prospecto impreso de este opúsculo: *EL REPRESENTACION, diario político y literario.* — Egiptofilo. Respeto á la Constitución y á las leyes del pueblo belga. — Este diario aparecerá todos los días, tendrá la rara ventaja de ser imparcial, hará justicia al verdadero mérito, atacará sin piedad la inmoralidad y la mala fe de los hombres públicos, cualquiera que sea la clase á que pertenezcan.

Economía política, debates parlamentarios, tribunales civiles y militares, ciencias, literatura, industria, cirugía, medicina, arte veterinaria, enigmas y charadas para los desocupados, recetas caseras para las madres de familia; este diario abrazará todas las materias.

— Será redactado en apoyo del Gobierno, en tanto que éste con-

finie en la vía constitucional; si éste emprende un camino falso, el redactor en jefe se reserva el derecho de hacer representaciones respetuosas al Consejo de Ministros, con objeto de demostrarle su error; pero si persevera en el mal camino, este diario le atacará como al más simple particular.

Roodeado de redactores instruidos que pertenecen por su posición á las clases más elevadas de la sociedad, el redactor en jefe se atreve á esperar que reducirá á la impotencia, ó al menos disminuirá la jactancia de los diversos diarios asilaridos por el Gobierno desacreditado.

Sigue el precio de suscripción.

En este libelo nada anuncia la enfermedad, pero todo indica, para los que conocieron al autor ántes de su enfermedad, un hombre muy diferente. La crítica no puede ser más mordaz y hasta acertada por la elección de los asuntos y la manera de decir las cosas; y, sin embargo, todo ello surgió de una cabeza enferma, todo ello ha sido hecho durante el curso de una falsa convalcencia. — Al cabo de algun tiempo el estado de exaltación de dicho enfermo fué reemplazado por un abatimiento melancólico. Este hombre ha sabido apreciar más tarde sus extravagancias, lo cual le causó profundo disgusto. Algunos meses después de su salida del establecimiento murió.

No había en este sujeto una verdadera enajenación en el sentido riguroso de la palabra, pero tampoco estaba en su estado normal. Había esa situación intermedia en la cual el hombre no es el mismo.

No carecen de motivo los prácticos que sostienen que muchas personas consideradas como curadas de enajenación mental no lo están nunca, que siempre les quedan vestigios de su enfermedad.

En tal estado, el hombre, lejos de hallarse herido de incapacidad, muestra frecuentemente una excitación asombrosa en sus facultades más elevadas. Esto es de tal modo verdad, que el génio, en muchas ocasiones, se manifiesta durante el curso de una enajenación mental. En tales circunstancias, el médico tiene necesidad de una gran perspicacia; debe conocer muy bien la marcha de la enfermedad, le interesa, sobre todo, estudiar esos pálidos matices que el ojo del valgo apenas puede distinguir por más que fija su atención.

Dicha situación constituye frecuentemente la avanzada de síntomas más graves; en otros casos forma un estado permanente.

En este enfermo que tenemos presente, todo se reduce á una monomanía quisquillosa y nada más...

En los maníacos que nos damos de ver casi no hemos encontrado grandes manifestaciones exteriores. Son exaltados, pero la excitación morosa no se trasmite á los impulsos.

Estas son las manías tranquilas.

Sin embargo, estas situaciones no son invariables; pueden elevarse á la condición de manía agitada. Esta se observa sobre todo en la manía jocosa y en la manía erótica.



UN SUJETO ATAQUEO DE MANÍA AMBULATORIA

Desde luego clasifíco en el número de las manías agitadas:

La manía ambulativa

vagabunda.

La manía errante,

silvestre.

Esta es la *melancolía errante* de algunos autores.

Este estado no se caracteriza ni por empujadas, ni por accesos de cólera, ni por la necesidad de destruir, sino por una tendencia imperiosa que obliga á estos maníacos, por ejemplo al sujeto que está aquí, á mi lado, á vagar continuamente, á pasearse, á hacer excursiones, hasta á realizar viajes largos.

Desde que se declaran los primeros síntomas de esta afección, los maníacos dejan su morada y van á visitar á los vecinos y amigos. Otros abandonan el lugar que habitan para marcharse á países extranjeros.

Podéis volver á encontrar dicha forma en estado de manía especial. Sucede frecuentemente que entra como un elemento sintomático de la manía general.

He tratado á un jóven, de costumbres muy pacíficas, hijo de uno de los industriales más instruidos y más hábiles de nuestro país. Dicho jóven estaba atacado de una manía periódica. Un

dia, al principio de su enfermedad, abandonó la casa paterna, tomó la diligencia, marchó á casa de un pariente que residía en el Mediodía de Francia, y recorrió una gran parte de la Europa. Poco despues, decidiéndose bruscamente, se embarcó en el Havre, pasó á América; atravesó una gran extensión de los bosques del Nuevo Mundo y se fijó en Filadelfia, donde ejerció la profesion de maestro de escuela. Despues de una ausencia de más de seis años, regresó citrado. Este hombre no ha ofrecido nunca una perturbacion notable en sus facultades intelectuales, ni jamás ha mostrado la menor necesidad de hacer daño. Salvo algunas disposiciones á la irascibilidad y una exaltacion bastante fuerte en las ideas, no presentaba nada en su exterior que pudiera hacer creer en una manía. Se trataba, en realidad, de una perturbacion moral.

Tenemos en nuestro establecimiento maníacos que parecen dotados de la velocidad del mono; hay en su marcha una agilidad, una coordinación, una rapidez sorprendente; cuando trepan á los arboles tienen una fuerza de impulsión tan grande y una coordinación tan perfectas en sus movimientos, que parece que no les falta más que paracaidas ó alas para poder volar. A cada momento hacen temer que se van á romper el cuello, pero siempre caen como los gatos, como vulgarmente se dice, de pies.

Algunas veces se encuentra la manía ambulativa asociada á la melancolía. En este caso, el melancólico, lejos de ofrecer los fenómenos de un profundo abatimiento y de esa inercia que constituye el fondo de esta afección, presenta, por el contrario, una energía poco común en sus fuerzas musculares; anda por mañana y tarde, anda siempre sin detenerse jamás, desgustando las cosas sobre las cuales pasa y repasa continuamente, desgustando las plantas de sus pies, hasta el punto de producirse eczemas, gimiendo, quitándose, acortándose, creyéndose perdido.

He aquí otro enajenado, en el cual la manía ambulativa se complica con el delirio religioso. Creyéndose llamado por Dios para regenerar la humanidad, abandonó á su familia para trasladarse al Mediodía de Francia á fin de predicar el Evangelio; despues vuelve á pie desde Pau hasta Bayona. Hace más de un año que se encuentra en el establecimiento, y casi siempre anda y recorre con paso acelerado los corredores que circundan el patio del departamento que ocupa.

XVII

SIENTOS ATAQUES DE MANÍA AGITANTE

MANÍA INSUBORDINACIONAL.

HIPERFRENIA MANIACALIS de Solleger.

El maníaco atado de esta vesania sufre á compasion. Los labios pálidos, la cólera en los ojos; es apostrofa de la manera más insolente, con el tono más imperioso. Dice que se le impide ir á la escuela bajo pretexto de que trastorna á los alumnos, y que él pretende entrar en ella. Dirige á los vigilantes las palabras más injuriosas. Cuando se me tiene bajo la acción de la bomba, cuando se me dan las duchas, grita con voz atronadora, yo me río de vuestra agua, de vuestras duchas; yo quiero entrar en la escuela, no se tiene derecho para excluirme de la escuela. No sois criaturas humanas, sois unos verdugos, unos demonios, demonios de la peor especie, ¿lo entendéis? Los médicos están de vuestra parte, no lo ignoro; pero vosotros y los médicos ¿qué podéis hacerme? Yo no tengo necesidad de estar aquí, volvedme á mi pueblo; yo me como aquí el dinero del pobre. Se me llama loco y no lo estoy; yo no estoy más loco que vosotros, viles...

Tal es la escena que asistí ayer y cuyo enfermo, que veía allí, fué el actor principal.

Es interesante estudiar esta afección en aquellos cuya vida es un modelo de decencia y de moderación; es curioso oír á las personas más puras, á religiosas y religiosas proferir las injurias más groseras, vomitar torrentes de maldiciones y de blasfemias contra Dios, contra los hombres más recomendables por sus virtudes. No se concibe algunas veces cómo palabras tan obscenas han podido ser proferidas por almas tan castas; durante la mayor parte de su vida estas personas no han conocido más que las paredes del claustro, no han visto más que el ejemplo de las costumbres más austeras.

Voy á mostraros una joven soltera de 25 años; no se advierten en su palabra ninguna alteración del entendimiento, ningún desorden en sus ideas. Esta joven ha recibido alguna instrucción, ha aprendido á leer, conoce un poco la aritmética y sabe coser también. Ha recibido la primera comunión. Unas veces me detiene para decirme

que no está loca, que quiere marcharse, que no está aquí en el sitio que le corresponde, que quiere volver á casa de sus padres. Otras veces se me acerca pálida y temblorosa; ha regañado con otras enfermas, ha recibido golpes ó los ha dado. A intervalos bastante largos parece calmada; es buena, pero conserva siempre una extrema susceptibilidad. Estaciones es cuando se me presenta con las lágrimas en los ojos diciéndome que es bien cruel tenerla separada de su familia. Cuando me informo de las hermanas, de los convalecientes ó de las otras enfermas, todo el mundo está de acuerdo en que no debe ponérsela en libertad. Yo no puedo resistir á veces á las súplicas de esta joven y le concedo el permiso de ir á su casa. Pero apenas ha pasado algunos días en la casa paterna, sus parientes vienen á buscarme rogándome que la vuelva á recibir en el establecimiento. Siempre la misma imposibilidad de vivir con su familia; siempre insulta á todo el mundo, injuria á sus parientes, pega á sus hermanos y hermanas menores, y llega á ser para los vecinos un objeto de repulsión y de temor.

Hace siete años que conozco á esta joven, y aún me pregunto si esta realmente enajenada, ó si es un vicio de carácter el que motiva sus arrebatos.

Juzgad, pues, de la dificultad que presenta el diagnóstico en semejantes casos.

Muy frecuentemente, los epilépticos son intratables en los días que preceden á las convulsiones.

XVIII

He aquí, sin embargo, algunos enfermos que deben ocupar el escalon más elevado en el orden ascendente de la gravedad y de la violencia de los síntomas.

Estos enajenados están atacados de esta MANÍA que nosotros calificamos, con muchos autores, de destructiva.

La enfermedad se caracteriza por pasiones violentas, cuyo fin es generalmente la destrucción de los muebles, la demolicion de alguna pared, el desgarrarse los vestidos, dar golpes y excesos de toda naturaleza, hasta el homicidio y el suicidio.

De aquí procede:

La manía, la monomanía furiosa ó furibunda,

la manía, la monomanía combatidora,
la manía, la monomanía homicida,
la manía, la monomanía suicida,
la piromanía, la monomanía licenciosa.

Estas formas morbosas han venido a ser cada vez más raras después del conveniente mejoramiento introducido en el régimen de los establecimientos de enajenados. Muchas enajenaciones que hoy día y bajo la influencia de un tratamiento apropiado quedan en el estado de una enajenación tranquila, se transformaban antes en manías furiosas.

Encontraréis, pues, la manía destructiva bajo dos formas diferentes: ó bien como una enajenación especial, ó como la expresión de una manía general.

Importa mucho conocer bien estas variedades de vesania y precisar el término que se le aplica, á fin de poder establecer la diferencia que presentan en los fenómenos de destrucción que nosotros referimos á otras enfermedades mentales de distinto género.

En la manía destructiva hay agitación, turbación, irritación, cólera, odio; en otras situaciones es una ansiedad, una necesidad, una idea de destrucción que se cumple casi con indiferencia, con calma; es una impulsión sin pasión. En la manía destructiva hay preocupación, pasión y pasión violenta.

1. Hay situaciones de manía furiosa notables por la forma de los accesos. Maníacos calmados, razonables, buenos, bajo la influencia más insignificante, pasan de pronto á un estado de furor extremo. Los patólogos han designado este estado bajo el nombre de *maenada furiosa*, *furor transitorio*, *manía transitoria*, *mania brevis*.

Os haré ver un sujeto que presenta los caracteres de esta enfermedad... Há aquí desde luego su historia.

A... como veis, es una joven fuerte y bastante bella; tiene 22 años de edad, sabe leer y obtuvo el premio en doctrina cristiana cuando su primera comunión. Esta circunstancia prueba que no parece de inteligencia, y, en efecto, en lo que hace y en lo que dice nada hace conocer una debilidad en las concepciones ni una falta de juicio; hasta está dotada de cierta sutileza de ingenio.

Pero la distingue, en cambio, una extrema violencia y la instantaneidad de sus pasiones.

No sufre la menor contradicción, la más ligera contradicción la irrita.

Envía en el más alto grado el favor de las hermanas.

Sus cóleras rara vez son espontáneas, sino siempre provocadas por los motivos más fútiles; tienen algo de solenne, mejor dicho, de espantoso. Cuando estallan, reina el silencio á su alrededor; inspira pavor á todo el mundo. No se la imponen sino rara vez castigos disciplinarios; la experiencia ha demostrado que la irritan, y entónces se vuelve contra sus camaradas ó contra las hermanas; especialmente contra éstas es contra quien dirige toda su venganza. Con frecuencia experimenta vómitos durante sus accesos, que duran algunas horas, y pasan más rápidamente cuando puede llorar con abundancia.

Si no puede vengarse de las personas, lo hace en los animales; se venga en los gatos, cortándoles la cola; en los pollos, rompiéndoles las piernas.

Y, sin embargo, esta joven tiene muy buen corazón. Voy á interrogarla con algun miramiento, y veréis cómo deplora su situación. Tiene horror á la sangre, es hasta compasiva, y las hermanas os dirán que está llena de bondad para sus camaradas...

Su madre está enajenada háce muchos años y se encuentra en este establecimiento.

En épocas más ó menos regulares se manifiesta su susceptibilidad bajo la forma de accesos.

Se lea entónces en sus facciones, en la expresión de sus ojos, yo no sé qué de especial, que parece anunciar un predominio de las necesidades sexuales. Está señalada como corruptora de costumbres.

Semejante caso es de gran trascendencia para la medicina legal y para el tribunal de la penitencia. Hay en esta joven una calma perfecta en las intervenciones morbosas que caracterizan su estado. En estos períodos de calma muestra el deseo de enmendarse. Hace grandes esfuerzos para conseguirlo, pero vanamente; estos esfuerzos no puede sostenerlos más allá de algunas semanas.

Si yo fuera llamado á decidirme judicialmente sobre este sujeto, haría valer las incertidumbres que me dominan.

Diría bajo qué aspecto aparece esta joven como no perteneciendo á la clase de enajenados; pero insistiría también sobre su extrema susceptibilidad, subordinada á retornos periódicos, y concluiría que no es dueña de sus actos; yo no la consideraría como responsable. No olvidaría nunca el estado mental de su madre...

2. El suicidio puede presentarse bajo la forma maníaca. Figúranos un estado de irascibilidad, de cólera, de furor—el enfermo coge un cuchillo y se infiere una profunda herida, sea en el cuello, sea en el corazón, ó bien se precipita en el agua, se ahorca, se salta la tapa de los sesos.

3. A veces estas mismas pasiones morbosas impulsan á los enfermos, sea por venganza, sea por algún otro móvil, á incendiar las habitaciones.

4. En otros casos, el maníaco es impulsado á demoler las paredes, los edificios, á romper los muebles, sobre todo las vidrieras, siempre en los momentos de exaltación, de cólera, de furor.

5. Que la manía más tumultuosa, la más furiosa, pueda existir sin desorden notable de las funciones intelectuales, nada más cierto; podéis ver aquí numerosos ejemplos de esto. Por lo demás, ya fué esto observado por Pinel.

Pinel ha dicho: Pueden admirarse muy justamente los escritos de Loke, y convenir, sin embargo, en que las nociones que da sobre la manía son muy incompletas cuando la considera como inseparable del delirio. Yo mismo pensaba como este autor; pero cuando volví á emprender mis ensayos en Bicétre, sobre esta enfermedad, quedé no poco sorprendido al ver muchos enajenados que no ofrecían en ninguna época la menor lesión del entendimiento, y que estaban dominados por una especie de instinto de furor como si sólo las facultades afectivas fueran las lesionadas.

Goos ha descrito la *manía sin delirio* en un opúsculo publicado en 1830.

La obra de Hoffbauer, de Friedreich y la de Marc, contienen datos muy interesantes sobre la manía furiosa sin delirio, bajo el punto de vista de la cuestión legal de criminalidad, que se refiere frecuentemente á esta enajenación mental.

Tales situaciones, al desarrollarse, se presentan, bajo el punto de vista del diagnóstico legal, con una importancia extrema. Exigen por parte del práctico un largo hábito de ver y mucha sagacidad. Lo que ante todo debe guiarnos, es la manera de ser del enajenado, los prodromos de la enfermedad, el estado de las funciones corporales, la aceleración, la lentitud del pulso, las anomalías de la digestión, las de las funciones genésicas, del sueño, sobre todo, que es inquieto, interrumpido, y á veces nulo. Importa mucho no perder de vista la existencia de predisposiciones hereditarias, de accesos

anteriores de enfermedades mentales, las complicaciones morbosas, tales como la epilepsia, el histerismo, etc.

Los matices que representan la enfermedad constituyen el haz más compacto de todos los que forman la enajenación mental.

No hay exaltación, impulsión, deseo, pasión; no hay, en una palabra, ningún elemento del carácter del hombre que no pueda tomar la forma hipérfrenica.

XIX

Puede suceder que la manía destructiva constituya una enajenación compuesta, ya sea asociada á un desorden en las ideas, ya á la melancolía, á la locura, á la demencia, etc.

Cuando la manía va acompañada de ideas delirantes, es una *MANÍA CON DELIRIO*.

Se distingue, como veremos, del delirio maníaco en que en esta vesania las alucinaciones, las ilusiones, constituyen síntomas radicados. En la manía con ideas delirantes, estas últimas no se encuentran más que en el segundo ó tercer plano del cuadro morboso.

XX

Hay una manía melancólica; ésta es la vesania en la cual los síntomas de la manía predominan sobre los de la melancolía. También hay una melancolía maníaca, en la que la tristeza se destaca sobre la manía.

XXI

Hay una *MANÍA EPILEPTICA*.

XXII

Una *MANÍA CON LOCURA*.

XXIII

UNA MANÍA CON DEMENCIA.

En la próxima lección haré la exposición de la manía en general en las formas complejas de esta enfermedad.



LECCION NOVENA

(CONTINUACION)

SEGUNDA PARTE

FORMAS COMPLEJAS DE LA MANÍA

Hay 23 formas de manía, sin contar muchas formas compuestas no indicadas; he aquí, me diréis quizás, un equipaje sintomatológico asaz pesado para la memoria.

Observad, sin embargo, que agrupar de este modo los fenómenos de la enfermedad es hacerlos más fáciles su estudio. Es muy ventajoso poder abrazar de una sola ojeada los detalles de un estado morboso, y sobre todo poder designarlos por un hecho, por un término preciso.

Esta manera de proceder conduce a una gran economía de tiempo y de trabajo en los estudios clínicos; no expone sobre todo a las repeticiones, y hace desaparecer muchas dificultades. Yo estoy persuadido que los casos sobre los cuales acabo de llamar vuestra atención no desaparecerán ya de vuestra memoria, y no os encontraréis embarazados para reconocerlos en la primera ocasión.

Hechemos, sin embargo, una mirada sobre un conjunto de fenómenos muy variados.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

DE LA MANÍA GENERAL

Revisión de una serie de manuscritos

1. En la manía general, en la polimania, la suma de actividad

XXIII

UNA MANÍA CON DEMENCIA.

En la próxima lección haré la exposición de la manía en general en las formas complejas de esta enfermedad.



LECCION NOVENA

(CONTINUACION)

SEGUNDA PARTE

FORMAS COMPLEJAS DE LA MANÍA

Hay 23 formas de manía, sin contar muchas formas compuestas no indicadas; he aquí, me diréis quizás, un equipaje sintomatológico asaz pesado para la memoria.

Observad, sin embargo, que agrupar de este modo los fenómenos de la enfermedad es hacerlos más fáciles su estudio. Es muy ventajoso poder abrazar de una sola ojeada los detalles de un estado morboso, y sobre todo poder designarlos por un hecho, por un término preciso.

Esta manera de proceder conduce a una gran economía de tiempo y de trabajo en los estudios clínicos; no expone sobre todo a las repeticiones, y hace desaparecer muchas dificultades. Yo estoy persuadido que los casos sobre los cuales acabo de llamar vuestra atención no desaparecerán ya de vuestra memoria, y no os encontraréis embarazados para reconocerlos en la primera ocasión.

Hechemos, sin embargo, una mirada sobre un conjunto de fenómenos muy variados.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

DE LA MANÍA GENERAL

Revisión de una serie de manuscritos

1. En la manía general, en la polimania, la suma de actividad

mental está duplicada, decuplicada; todos los actos son extravagancias, exageraciones, pasiones.

En todas las concepciones, en todas las ideas, se encuentra la animación ó su equivalente.

El enfermo que sirve aquí de ejemplo á nuestra demostración, desea, quiere, exige; desea, quiere á la vez mil cosas diferentes; se queja sin cesar de las limitaciones que se oponen á su voluntad.

Este enfermo pretende salir.

Quiere ir á ver á sus amigos.

No quiere permanecer en un lugar donde dice que está rodeado de enemigos.

Pretende ponerse tal vestido; no quiere ponerse tal otro.

Regaña á su mujer.

Se propone comprar tal propiedad, quiere demoler tal pared, adquirir tal mueble.

En la melancolía hemos visto que el valor está como paralizado; la moral está aplanada; á ménos que la frenalgia no se encuentre asociada á la manía.

2. La excitación morbosa invade el dominio de las ideas; se diría que hay una sustitución continua de pensamientos. Estos son siempre planes nuevos, siempre nuevas preguntas, nuevas cartas que escribir.

La palabra transmite al exterior un torrente de proyectos; el enfermo habla, habla sin cesar, habla noche y día. Parece una nube de ideas que se escapan por una válvula que las tenía cautivas.

La palabra es clara y viva.

El error está en el fondo; pero la forma, la fórmula es trazada con claridad.

Las frases son frecuentemente chocantes, incoherentes.

Las palabras designan objetos generales, siempre mal definidos. Algunas veces no son más que sonidos sin significación.

Ya son vociferaciones, blasfemias.

Ya gritos, alaridos.

Ya un desenvolvimiento de pasiones, teniendo motivos religiosos, eróticos, ambiciosos ú otros.

3. El maníaco que tenemos presenta... se anuncia en sus discursos por un espíritu acusador.

El descontento se traduce en sus ojos, en sus facciones, en su palabra.

El adivina las intenciones, según dice. Y cuando se le pregunta de quién habla, no responde y continúa acusando á *hombres* que no nombra. — El sabrá desbaratar sus complots. — Creéis, dice, que yo no conozco sus planes, sus maquinaciones; — yo los conozco hace mucho tiempo; yo conozco las asechanzas que se me fienden. — Se me vende, añade; — tengo enemigos; — se dirigen contra mí influencias malignas.

En la melancolía el enfermo se acusa á sí mismo.

En vez de tener una buena opinión de sí, el melancólico que os presentó... se imagina no haber cumplido con su deber. Escuchad su lenguaje... Dice que no ha vivido bien, que es un desgraciado que se ha hecho culpable de malas acciones. El *yo* aparece en todas sus palabras; es el mismo *yo* el que sufre.

En el maníaco, por el contrario, el enfermo, lejos de acusarse, es una víctima... dirige acusaciones contra sus amigos, contra sus parientes, contra seres imaginarios... Se cree rodeado de malhechores... El es el blanco de la malevolencia... se trama contra él complots, conspiraciones...

Habréis notado que el pronombre personal está cambiado. No es ya: *Yo* soy desgraciado, sino: *No* me quieren; *ellos* trabajan para perjudicarme; no me dejan tranquilo; — *ellos* obran contra mí, y otras expresiones por el estilo.

Cuando la melancolía se convierte en manía, se anuncia esta transformación por el cambio en la aplicación del pronombre personal. El melancólico cesa de decir: — *Yo* soy desgraciado. El *yo* viene á ser la expresión de un descontento que se aplica á los objetos exteriores. — *Ellos* son seres malhechores, que al enfermo definen á veces, pero que frecuentemente no definen. — Ellos me quieren mal, ellos no son mis amigos; y notad bien que *estas* personas que dicen ser sus enemigos, sus perseguidores, sus tiranos, son ordinariamente los amigos que antes de su enfermedad ocupaban el mejor lugar en las afecciones de su corazón.

En la melancolía hay actividad en el pensamiento, pero faltan los medios para transmitirlos al exterior; la palabra es lenta; el lenguaje oscuro.

Hé aquí, pues, algunos caracteres que os permitirán distinguir la manía, cuando estas enfermedades verifican un cambio entre sí ó sufren metamorfosis.

4. Después la violencia: los accesos de cólera, de furor.

El enfermo que tenéis ante vosotros... anda á grandes pasos; su ojo está inmóvil, sus labios pálidos; todo lo destruye, no hay nada que deba resistir á su violencia. Su actitud es fiero, amenaza-dora, su silencio, lo mismo que sus vociferaciones, inspiran terror.

Descarga golpes, se apoderan de él. — El resiste; se antaba una lucha; se logra encerrarle. — Solo en su encierro, desgarrá sus vestidos, rompa su cama, coge los pedazos y descarga formidables golpes sobre la puerta. — Se para en un rincón y desafia al que se atreve á entrar. — Al cabo de algunas horas ó de algunos días, el enfermo se fatiga y busca el descanso.

En medio de todos estos actos, los movimientos corporales se ejecutan con una armonía y una flexibilidad notables. La fuerza muscular aumenta de un modo exagerado en un gran número de casos.

5. En la manía, como en la melancolía y el éxtasis, el sueño es incompleto, muy irregular. Frecuentemente el enfermo duerme durante el día, y canta y grita por la noche. En todos los casos su sueño es muy poco profundo. Algunas veces duerme constantemente durante cierto número de días.

En ocasiones estos días de sueño son reemplazados por otra serie de días de vigilia y agitación.

6. Este estado ataca fuertemente á su inteligencia, á la cual escupece. Es raro que el enfermo comprenda su situación sino al principio de su enfermedad. No puede creer en una enfermedad del espíritu.

He oído decir más de una vez á los convalecientes, hasta cuando sus notas les parecían más extravagantes, que no podían creerse enajenados, que tenían momentos en que apreciaban su situación, pero que no podían dominarse.

El maníaco es crédulo, como ya os he dicho, se le engaña muy fácilmente, su juicio está considerablemente debilitado. Rara vez se consigue hacerle decir el motivo por el cual se encuentra secuestrado; se ocupa muy pocas veces en pensar si todas las personas encerradas con él gozan de toda su salud.

Generalmente la aptitud para el trabajo, para las ocupaciones, para los entretenimientos, está disminuída ó bien es nula. No renace sino cuando la enfermedad está en declinación.

7. Con frecuencia hay mayor actividad en las fuerzas digestivas.

El apetito aumenta, y á veces es voraz; es un síntoma patognomónico de la manía.

El aumento del apetito está en relación con la intensidad de los accesos hasta el punto que en los intervalos, cuando los enfermos están en calma y dóciles, el apetito por los alimentos está más bien disminuído que aumentado. Así, el acrecentamiento del apetito es casi siempre el signo de la proximidad de un acceso de manía; todos los síntomas cerebrales parecen haber cedido su lugar á un estado normal; si el enfermo encuentra una propensión á comer mucho, debe temerse un recrudescimiento de la enfermedad.

La cantidad de alimentos que algunos maníacos pueden digerir es enorme.

Algunos, sin embargo, tienen las digestiones laboriosas.

Los hay que vomitan despues de la ingestión de los alimentos.

Otros rehusan con obstinación comer, como se observa en la melancolía. Hay maníacos que beben considerablemente.

Yo he visto desenvolverse una erisipela en toda la membrana mucosa de la boca y ocasionar una sed intolerable.

En la mayor parte las defecaciones son regulares.

En algunos hay diarrea, en otros estreñimiento.

La excreción urinaria no presenta nada de particular en la manía tranquila. Durante los accesos maníacos, en los casos de grande agitación, la orina tiene con frecuencia un aspecto inflamatorio, precipita sedimento, es de un color muy oscuro y ofrece casi el aspecto de las orinas propias de las crisis de la podagra.

En muchos maníacos los accesos se anuncian por una incontinencia de orina; cuando la enfermedad disminuye de intensidad, cesa esta emisión involuntaria. En los casos crónicos, y sobre todo en los maníacos de avanzada edad, este síntoma es uno de los de peor augurio, é indica el paso de la manía á una demencia incurable. En el período ascendente, y en un hombre vigoroso, no tiene ninguna importancia este síntoma.

8. Explorad el pulso en la mayor parte de los maníacos... y le encontrareis notablemente acelerado; generalmente puede medirse la excitación general por la rapidez del pulso. A veces es lento, como en algunos casos de melancolía y de éxtasis, pero entónces presenta un ritmo particular, cada pulsación, hasta cuando la contracción cardíaca recuerda el estado fisiológico, ofrece cierta viveza convulsiva en cierto modo.

El pulso es á veces lento, cuando disminuye la actividad cerebral.

Casi nunca hay dureza ni plenitud en el pulso.

En los casos recientes las arterias carótidas y temporales latan con fuerza frecuentemente, la cara del enfermo está inyectada y los labios de un rojo un poco oscuro.

En los casos crónicos la cara está pálida lo más frecuentemente y los labios pálidos, sobre todo en sus bordes. Los Sres. Leuret y Mivrié han estudiado de una manera especial el estado del pulso en los enajenados; el resultado de sus observaciones ha sido publicado por sus autores en un trabajo titulado *De la frecuencia del pulso en los enajenados*. M. Jacobi ha dedicado una especial atención á este asunto en su obra sobre los *Hauptformen der Seelenstörungen*.

9. En los casos recientes, en los sujetos jóvenes y vigorosos, la piel está halitosa, y hasta en el rigor del invierno queda uno sorprendido al encontrarla caliente al tacto. A veces se cubre de sudores profusos, especialmente cuando la enfermedad se presenta por accesos.

Se ha observado en la enajenación, y principalmente en la manía, un olor particular que se desprende de la superficie cutánea y que se ha comparado al que exhala la orina de los ratones. M. Jacobi ha puesto en duda la existencia de este olor especial; lo ha negado en absoluto, atribuyéndolo á la falta de aseo y limpieza. Yo puedo aseguráros de la manera más formal, que en muchos casos es real. El uso frecuente de baños hace que se aprecie con menos facilidad.

10. Frecuentemente el maniaco enflaquece; otras veces su tejido adiposo se carga de grasa desde el momento en que la convalecencia se presenta.

11. En la generalidad de los casos agudos el flujo cataménial se suprime, pero algunas veces se presenta de una manera regular en la manía crónica.

Ya he dicho que en la manía las necesidades genésicas están exaltadas con frecuencia.

Voy á interrumpir la conferencia, para reanudarla inmediatamente. Hasta ahora sólo os he hablado de fenómenos; nada os he dicho del curso de la enfermedad. Esto me obliga á invocar un nuevo orden de ideas.

Voy, pues, á hablar del curso y de la evolución de la manía.

TERCERA PARTE

CURSO DE LA ENFERMEDAD

1. La manía puede ser continua,
 - remite,
 - intermitente,
 - periódica.

Puede reproducirse á grandes intervalos.

Puede ser aguda ó crónica.

Es primitiva cuando se presenta aislada de otros fenómenos.

Es secundaria cuando sucede á otras alteraciones funcionales.

2. Como la melancolía, la manía tiene sus prodromos, su invasión, su estado estacionario, su declinación y su término.

Es necesario contar en el número de los síntomas precursores, la variabilidad en el carácter, una tendencia á lanzarse á empresas temerarias, á cambiar de estado, á demoler hoy lo que se construyó ayer.

Los maníacos, durante su convalecencia, os dirán que ántes de su enfermedad y durante el curso de ella no han cesado de soñar en algo; que estaban preocupados por un motivo ó por otro, que se creían obligados á pensar y obrar en tal ó cual sentido. Añadirán que millares de hechos olvidados se presentaban á su memoria, que sentían una vivacidad de ingenio inusitada. Nada les daba á conocer que estaban enfermos; se encontraban en la situación del hombre muy ocupado y que no sabe por dónde empezar su trabajo.

3. El mal puede empezar por delirios. El paciente cree ver torrentes, precipicios, sangre, fuego, etc.; se imagina estar perseguido por malhechores ó por gendarmes. Estas alucinaciones se repiten más de una vez y van acompañadas de grande ansiedad, y degeneran en alarmas, en inquietudes, en tristeza, en un estado de entorpecimiento, de estupor que dura muchos días, durante los cuales se observa cierta descomposición en las facciones, dilatación ó contracción de las pupilas y aceleración del pulso.

En algunos casos, el mal se anuncia por dolores, ya en las regiones temporales, ya en la frente, ya en el occipucio, que desaparecen en pocos días. Algunas veces siguen el trayecto de los nervios; otras hay dolores lentísimos que proceden á la explosión de la manía.

No es raro ver partir los síntomas del pecho caracterizados por una sensación de opresión en la región cardíaca, angustias, palpitaciones; un estado de tambor en las manos, en los brazos y en los labios.

A veces parece que la enfermedad se irradia del abdomen; es un gorgoteo que recorre los intestinos, ó dolores, cólicos, algunas veces violentos. La lengua está cubierta de un barniz amarillento; hay un estado gástrico con pérdida del apetito; unas veces son vómitos, otras un gran abatimiento, una postración como tifóidea en cierto modo; se diría que el enfermo está abocado á una grave enfermedad.

5. Con bastante frecuencia, la invasión se marca por un estado de aplanamiento. El sujeto presenta los labios inyectados, la piel laxitosa, caliente; algunas veces el pulso está febril; la orina roja. Las arterias temporales laten con violencia. Esta situación se presenta durante tres ó cuatro días, al cabo de los cuales el paciente parece salir de un estado soporoso. Bastan pocas horas para que la manía estalla con violencia.

Algunos han observado una fiebre intermitente al principio de ciertas frenopatías.

Nosotros nos encontramos aquí en circunstancias muy favorables para el estudio de las afecciones febriles intermitentes, sin embargo, yo no he observado hasta el presente el fenómeno en cuestión; en otros términos, yo no he visto empezar ninguna manía por una fiebre intermitente franca. Excepto los casos de manías enmascaradas, en las que los accesos maníacos se producen bajo la forma febril. Hago la misma salvedad para los accesos maníacos intermitentes.

Tales fenómenos no deben considerarse como esencialmente propios de la marcha de las enajenaciones; no se los observa más que en casos excepcionales. Por esta razón es por lo que la enajenación mental es una enfermedad apirética.

Semejante manera de considerar el estado febril en la manía y en la enajenación mental en general, está conforme con la opinión de casi todos los médicos prácticos. La aceleración del pulso, el calor de la piel, el enrojecimiento que puede notarse en la cara, no pertene-

cen á un estado febril, sino que caracterizan un orgasmo del sistema circulatorio de naturaleza completamente distinta. Hallaen la confusión constantemente estas situaciones tan distintas; en casi todos los maníacos crey encontrar la fiebre.

6. Muy frecuentemente, y sobre todo en las manías periódicas, la piel es el asiento de una erupción, en parte erisipelatosa, en parte roseolada; tal estado, que se observa al principio y que va acompañado de movimiento febril, se disipa al cabo de algunos días.

7. El enfermo acusa un malestar en la cabeza que no puede definir. Esto es singular, dice; coloca su mano en la frente y no puede expresar lo que experimenta; me siento oprimido en diferentes sentidos; oigo campanas, oigo voces; me vienen á la mente ideas muy singulares. En pocas horas se descompono todo su semblante; algunas veces se pone desahogado. Al cabo de algunas horas duerme un poco y se siente mejor por la mañana; mejora aun más hacia la tarde, pero bien pronto estalla un nuevo acceso. El mal se dibuja; el enajenado se irrita contra los que le rodean. Se produce una nueva calma, y luego vuelve á presentarse otro acceso. Muy luego ya no hay más que remisiones, que se borran á medida que el maníaco grita y vocifera.

En algunos casos, la invasión se efectúa sin prodromos; es instantánea y violenta.

El maníaco avanza así, por accesos cada vez mayores, á una perturbación más y más fuerte.

8. Estas especies de accesos siguen desde luego un curso bastante regular; hay enfermos que experimentan un día alternado de calma y de agitación. A veces ésta dura dos días consecutivos, y es seguida de un día de aplanamiento; en otros casos la agitación comprende dos días, y presenta uno, dos ó tres días de tranquilidad. En las mujeres, la exacerbación aumenta frecuentemente hacia la época de las reglas; en otros casos, si las reglas se efectúan, hay una mejoría durante todo el tiempo que persiste el flujo catamenial. Hay manías que, durante toda una serie de meses, se presentan en cada período menstrual; cada mes reaparecen la agitación y la locuacidad, y no cesan sino con la aparición del flujo periódico. Esto se ve particularmente en las jóvenes núbiles.

9. La manía termina de diferentes modos:

— por la salud,

— una suspensión temporal de la enfermedad,

por la prolongación de la enfermedad,

- un estado crónico indefinido,
- una complicación de la manía por la multiplicación de sus fenómenos,

una transformación de la manía en melancolía,

- en estupidez,
- en éxtasis,
- en locura,
- en delirio,
- en demencia;

una manifestación de otras enfermedades,

- las enfermedades del encéfalo,
- las enfermedades torácicas,
- las enfermedades abdominales,
- afecciones febriles,
- la manía.

10. El término de la evolución total del mal varía mucho.

Una manía muy intensa, puede terminar en 3 ó en 15 días. Estos casos forman la excepción.

La declinación morbosa acontece más frecuentemente al fin del primer trimestre; muy a menudo también al fin del primer semestre ó del tercer trimestre.

En otros casos la enfermedad dura un año, 19 meses, dos años; cuando este término, las curaciones son muy raras. Hé aquí una curación que se efectuó después de 20 años de manía...

La manía se prolonga tanto ménos tiempo cuanto más violentos y frecuentes son los accesos.

Cuanto más joven es el sujeto, mayores son las probabilidades en favor de una corta duración de la enfermedad.

La duración es larga cuando el enfermo habla mucho y no se entrega á ningún acto violento.

11. Como en la melancolía, las curaciones se preparan por ráfagas de razón, digámoslo así. De pronto el enfermo se calma, habla en voz baja á sus guardianes; se le ve verter lágrimas, está abatido, y pocos instantes después dice imperfinencias á todo el mundo; su lenguaje se hace incoherente; su voz es ronca, y sus gritos y risas se renuevan. Esta situación dura algunos días; renace la calma todavía, y esta vez continúa más largo tiempo; el enfermo se informa de su familia; se pone otros vestidos, pasea y permanece algunos

horas en el jardín. Pero de repente arranca las plantas, sale, araña las paredes, da golpes con las manos y con los piés; se hace preciso llevarle á su cuarto, donde se renuevan sus gritos con violencia. Al día siguiente duerme muchas horas. El enfermo se resuelve á hacer sus comidas con regularidad; no habla tanto; sus facciones no expresan ya el sufrimiento; su mirada no es tan amenazadora, y apenas hay ya descontento en sus palabras; se encuentra sensible á las demostraciones de amistad; el pulso es ménos frecuente y el calor de la piel ménos intenso. En la mujer se presentan los ménstruos, reaparece la calma, renacen todas las afecciones; como en la melancolía, la lucidez viene á ser el estado habitual y los accesos la excepción. Los intervalos, en todos los casos, adquieren mayores proporciones.

12. En los melancólicos hemos observado exaltación al aproximarse la convalecencia; en la manía encontramos lo contrario; las más veces, los maniacos, hacia la declinación de su enfermedad, se entristecen, se hacen más impresionables, abatidos y somnolientos. Lloran con facilidad, se les ve sérios, tímidos y pensativos. El sueño continúa siendo aún agitado; tienen frecuentemente alucinaciones horribles, hasta cuando se les considera como enteramente curados.

La convalecencia existe largo tiempo en estado aparente cuando todavía no es real. Esto es lo que constituye en la enajenación mental el período de declinación. Lo más frecuentemente la enfermedad decrece durante muchas semanas ó durante muchos días; pero en algunas ocasiones la convalecencia se presenta de una manera brusca; el enfermo pasa, entonces, de pronto, de la enfermedad á la curación.

13. La manía, lo mismo que la melancolía, reaparece frecuentemente por recidivas periódicas; esto sucede en más de la tercera parte de las manías. A los 20 años se efectúa una primera invasión, á los 30 ó 40 la segunda. Sería difícil, por no decir imposible, determinar las fases de estas recidivas. Falta averiguar si guardan regularidad en las manifestaciones.

Hé aquí en qué difieren estas reacciones en la inmensa mayoría de los casos, de las que caracterizan el estado febril intermitente, el cual sigue un tipo mucho más regular.

Sin embargo, no pueden establecerse sobre este punto conclusiones rigurosas, porque hay manías periódicas cuyos retornos se

declaran con una regularidad sorprendente. En determinados casos, cada cuatro, cada tres meses ó todos los meses, se presenta el acceso; en algunos casi en día fijo. Sobre todo cuando la manía está asociada á los accesos epilépticos, es cuando observamos un fenómeno de esta índole, y principalmente en esas situaciones en que la hiperfrenia no parece ser más que una epilepsia transformada.



1. Puede suceder que otras enfermedades vayan á complicar la manía. Así, el maniaco puede estar afectado de vómitos continuos, puede expectorar sangre, puede tener un gran estreñimiento, puede estar atacado de diarrea, puede padecer una retención de orina y otras afecciones que no tienen relaciones directas con la enajenación mental.

2. La gran mayoría de los maniacos llegan á la curación. Según mis cálculos, son más de siete entre 10 los que recobran la salud. Unos se restablecen con más rapidez que otros. Frecuentemente la curación no es más que temporal; al cabo de uno, dos, cuatro, siete ó diez años el mal se presenta de nuevo, sea espontáneamente sin causa aparente, sea bajo la influencia de un agente especial.

3. A veces sobreviene en el curso de la convalecencia una detención en la marcha de los síntomas favorables; la enfermedad queda estacionaria. Con frecuencia el maníaco está bien durante todo el día; pero llega la noche y apenas se duerme, se levanta, canta, golpea las puertas, y habla de persecuciones y de demonios. Hacia la madurez, este estado, que tiene más de una analogía con el somnambulismo, se disipa. Cada noche, durante dos ó tres meses, la enfermedad puede afectar este carácter.

4. En casi todos los maniacos cuya enfermedad se prolonga, se observa un estado general que anuncia una especie de caquexia,

ciento adelgazamiento, cierta palidez de la cara; diríase que disminuye la masa de la sangre, que el color de este fluido cambia.

5. Cuando se efectúa la curación, la manía pasa al estado crónico ó cambia de carácter, se complica con locura, se asocia á la demencia ó reviste enteramente esta última forma, marcada, sobre todo, por una gran incoherencia en las ideas. Yo concebí los temores más vivos en vista de una manía cuyo lenguaje se hizo insensiblemente incoherente, bien cuando la turbulencia y el furor cesa, mientras que el desorden en las ideas persiste. En tales enfermos, de 10 pasan nueve á la demencia cuando la manía se hace crónica. Cuando ésta se ha transformado, continúan observándose algunos días de exaltación que recuerdan los accesos de cólera y de agitación á que el enfermo había estado sujeto anteriormente.

6. Yo no recuerdo haber visto nunca presentarse una apoplejía franca en el curso de la manía.

La parálisis local, considerada como síntoma accidental, rara vez se observa en la manía.

La asociación de la parálisis general y de la manía se va frecuentemente.

7. Pueden complicar la manía y acelerar el fin del enfermo: las inflamaciones del hígado, las flegmasias intestinales y las afecciones torácicas.

8. A veces se observa en el curso de la hiperfrenia un aplacamiento general y súbito.

9. La muerte sobreviene de una manera instantánea, sin que se haya podido prevenirla; esto sucede particularmente en la manía aguda.

10. Pero la muerte es en muchos casos la consecuencia de una extinción gradual de las fuerzas, producida por un marasmo que yo llamaré catábral.

11. En la manía con epilepsia la muerte sobreviene frecuentemente al fin de los accesos convulsivos.

Quando hablo del pronóstico, me propongo volver á tratar de las enfermedades que vienen á complicar la manía, y especialmente sobre las *crisis*.

Pueden consultarse, para los síntomas de la manía, las obras siguientes:

1. Caelius Aurelianus: *Morbi chronici*.
2. Aretaeus: *De aequis et signis morbor.*
3. Alexander de Tralles: *De arte medica*.
4. Platner: *Dissertatio de furor seu mania*, 1533.
5. Van Helmont: *De aënis idea*, 1618.
6. Michaelis: *Dissertatio de mania*, 1636.
7. Beutel: *De mania*, 1648.
8. Horstius: *Dissertatio de mania*, 1677.
9. Dotharding: *Dissert. de erotomania*, 1749.
10. Richter: *De mania erotica*, 1771.
11. Van Swieten: *Commentaria*, 1753.
12. Avenbrugger: *Von den tollen Wuth*, 1783.
13. Collen: *Eléments de Médecine pratique*, 1787.
14. Pargoler: *Observations on maniacal disorders*, 1792.
15. Bayum: *De la folie*, 1798-1804.
16. Pinel: *Traité de la manie*, 1801.
17. Amard: *De la folie*, 1807.
18. Esquiro: *Dictionnaire des sciences médicales*, artículos Manie y Maladies maniaques, 1838.
19. Groos: *Die Lehre von der Mania und delirio*, 1859.
20. Léuret y Millivá: *De la fréquence du peñe chez les aliénés*, 1832.
21. Gullstun: *Traité sur les pré-nopaties*, 1833.
22. Prichart: *On insanity*, 1837.
23. Jacobi: *Die Hauptformen der seelenstörungen*, 1845.
24. Griesinger: *Die pathol. und therapie der psychischen krankheiten*, 1853.
25. Griesinger: *Traité des maladies mentales. Pathologie et thérapeutique*, segunda edición, traducida por Daminio, 1866.
26. Conolly: *General description of mania*. — *Lancet*.
27. *Les Dictionnaires médicaux*.
28. *La biblioteca dos médicos praticiens*, artículo Manie, 1819.
29. Leopoldi: *Zielgeneskunde*. Vertaald door Focke, 1840.
30. Wachsmuth: *Zur Allgemeine Pathologie der Manie*. — *Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie*, 1853.
31. Atkinson: *Diagnosis of acute mania and melancholia*. — *Journal of mental science*, 1839.
32. Snell: *Ueber Manomane als primäre Forme der Seelenstörungen*. — *Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie*, 1855.

33. Snell: *Ueber der verschiedenen Formen der Manie*. — *Wien*, 1873.
34. Dolanhuvo: *Des pseudomonomanies ou folies partielles diffuses*. — *Annales medico-psycholog.*, 1859.
35. Morel: *Traité pratique des maladies mentales*, 1862.
26. C. Pinel: *De la monomanie*, 1862.
37. Schroeder van der Kalk: *Handboek der pathologie en therapie der Krankzinnigheid*, 1863.
38. Leidesdorf: *Lehrbuch der psychischen Krankheiten*, 1865.
39. Lion, sen: *Ueber monomanie*. — *Vierteljahrsschrift für psychiatrie*, 1868.
40. Campagne: *Traité de la monomanie raisonnée*, 1869.
41. Blandford: *Insanity and its treatment*, 1871.
42. Carise: *Des fonctions et des maladies nerveuses dans leur rapport avec l'éducation*, etc., 1872.
43. Erlemeyer: *Das Wesen der melancholie und der manie*. — *Correspondenzblatt*, 1873.
44. Meschede: *Zur Pathologie und pathologischen Anatomie der Pyromanie*. — *Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie*, 1873.
45. Prosper Oespine: *Psychologie de la folie*. — *Ann. médico-psychologiques*, 1874.
46. Backnill y Toke: *Psychological medicine*, 2.ª edición, 1871.
47. Boyonetz: *Nouveau traité des maladies mentales*, 2.ª edición, 1875.
48. Schmitz: *Handbuch der Geisteskrankheiten*, 1878.
49. Emminghaus: *Allgemeine Psychopathologie*, 1878.



LECCION DÉCIMA

DE LAS ENAJENACIONES QUE PUEDEN SER COMPRENDIDAS BAJO
LA DENOMINACION DE LOCURA

PRIMERA PARTE.

DE LOS CARÁCTERES PATOGNOMÓNICOS DE LA LOCURA CONSIDERADOS
BAJO UN PUNTO DE VISTA GENERAL.

SEÑORES:

Voy a hablaros hoy de un orden de fenómenos de una apariencia insólita, que presentan a menudo una analogía especial con ciertos actos cometidos libremente con objeto de hacer daño.

Las formas de este género morboso han sido descritas por muchos autores: pero varias veces lo han sido bajo denominaciones inexactas y con más frecuencia vagas.

Se las ha llamado monomanías.

Se las ha comparado a la melancolía.

Y hasta se las ha confundido con la manía.

Ya he tenido ocasión de decir que mi intento es precisar la palabra *locura*; quiero separar de la masa común de las enajenaciones ciertos fenómenos, para formar un género morboso colectivo.

Comprende diferentes tipos:

Las vesanias especiales simples.

Las afeciones generales compuestas.

Llamaré monolocuras a las primaras; polilocuras a las locuras compuestas. Por extraña que pueda parecer la asociación de esta

raíz griega y de la palabra española *locena* (1), yo me atrevo a proponerla; estas palabras monolocura y polilocura, expresan perfectamente mi pensamiento, y creo que la ciencia ha de ganar con la adopción de estas denominaciones.

Muchas monolocuras son raras, muy raras, hasta el punto de que, prácticos que han llegado a una edad muy avanzada, pueden no haber encontrado sino muy pocos casos de estas formas morbosas, pueden no haberlas observado nunca.

EXPOSICION DEL ASERIO.

1. No es la exaltación de los fenómenos intelectuales lo que encontrareis aquí en el fondo de la enfermedad, como se encuentra en la manía. En la locura notamos actos de extravagancia, de singularidad, á veces de una gran crueldad, actos ejecutados fríamente, con ausencia de todo motivo ó de una pasión real.

2. Se dice y se cree generalmente que los enajenados que cometen estos actos obran con intención y á consecuencia de una de liberación interna.

Esto no es cierto.

La idea queda sana, y, ordinariamente, libre de estos extravíos.

La enfermedad representa una monomanía de acciones más bien que una monomanía de concepciones delirantes.

El loco es impulsado sin saber cómo ni porqué; su voluntad es la que parece principalmente atacada.

No ya su voluntad de pasiones, sino su voluntad de actos irreflexivos, su voluntad impulsiva.

Por esto es por lo que algunos médicos frenopatas han dado á este género de enfermedad el nombre

de *monomania instintiva*.

(1) Mr. Saclajin, como es natural, se refiere á la asociación de la raíz griega con la palabra francesa *folie*; pero hemos creído necesario traducir dicho palabra y asociarla á la raíz griega, toda vez que no altera el propósito del autor y viene á expresar fielmente su pensamiento. Al traducirla, nos hemos visto precisados á sustituir, en la explicación que pretende dar el autor á esta asociación de voces, la palabra francesa con la palabra española.

(N. de los E.)

de *locura de acción*,
de *enajenación impulsiva* (*impulsive insanity*),
de *impulsión insólita*.

La ausencia de motivos no es en esta enajenación un hecho exclusivo.

La locura se combina en algunos casos con errores del raciocinio, con fantasmas que surgen en la imaginación, con inspiraciones delirantes, con alucinaciones.

Pero esta intervención de un pensamiento morboso, esta complicación de la locura, no es constante: no constituye una base esencial en esta vesania.

La locura es una enajenación mental en la cual el enfermo es impulsado de un modo irresistible a ejecutar actos de una voluntad caprichosa, y que no llevan consigo el carácter de una verdadera pasión, de una pasión activa, indomable.

Digo una pasión activa, porque en esta afección hay frecuentemente un elemento afectivo. Muchos enfermos del género locura están serios, melancólicos, tristes. La locura es, por lo demás, una frenopatía que aparece a menudo como un estado combinado con la melancolía, como habéis podido ya ver.

Una multitud de hechos prueban que los actos más extravagantes y exóticos pueden manifestarse, aunque no se observe ningún desorden notable de la concepción y de la imaginación. Partiendo de esto, Richard ha designado á todas las impulsiones instintivas insólitas un lugar en el cuadro de *perturbación moral*.

Haré observar que la designación de *perturbación moral*, *moral insanity* (*moral insanity*), no es muy feliz; pues no es, en el estudio más amplio de esta afección, más que una enajenación desprovista de ideas delirantes; representa una enfermedad mental incompleta en el estado rudimentario, al menos en la opinión que se atribuye ordinariamente á este desorden. Constituye frecuentemente la forma inicial el período prodromico de una enajenación que llegará á ser algún día más completa. A veces se la vuelve á encontrar en un largo intervalo que dejan entre sí los accesos maniacos, y alterna con frecuencia con estos últimos.

La locura puede, pues, constituir una de las formas de la perturbación moral; pero ésta, como ya habéis visto, puede ser también ya una melancolía, ya una manía; la ausencia de ideas delirantes es la que da á la vesania moral sus colores patognómicos.

Podéis leer sobre este asunto un interesante artículo de Priehard inserto en su tratado *On Insanity*.

Os encargo también que consultéis la Memoria que Heinrich ha publicado en el tomo V de la *Allgemeine Zeitschrift*, de Damerow, Flemming y Roller. El autor, lleno de entusiasmo por la ciencia, discute ampliamente la cuestión de insanidad moral y se adhiere enteramente á la opinión que he enunciado en mi *Tratado sobre las Frenopatías*.

Leeréis también con provecho la opinión de Hoffbaum (*Psychische Gesundheit und Irresin in ihren Ubergangen*, 1845).

3. La locura se refiere, pues, á impulsiones especiales que tienen un carácter de irresistibilidad morbosa.

Se han descrito ciertas especies y variedades de este género morboso bajo la denominación de monomanía destructiva, monomanía homicida, piromanía, etc.

Nuestros antecesores conocieron una variante de esta frenopatía, y supieron apreciarla mejor que los modernos; la designaron con el nombre de *morosis* (tristeza, melancolía), de *morio*, *morionis*, bufón, loco; de *morosus*, antojadizo, raro; de *morosé*, extravagante; de *morositas*, caprichoso. Hasta crearon una *alimentia morio*, una *mania morio*, locura en la cual predominan los actos grotescos.

4. He establecido, pues, una distinción entre la manía y la locura.

En la locura observareis extravagancias, actos caprichosos, Rara vez una exaltación apasionada;

Lo más frecuentemente una marcha lenta é insidiosa; casi nunca un estado primitivo.

En la manía, la enfermedad está caracterizada por la exaltación, por la animación cuando menos.

El maníaco es locuaz, acusador, amigo á querellarse; sus actos son agresivos. En el loco la expresión de la fisonomía es ordinariamente normal. Su conversacion casi no se distingue más que por una exuberancia de palabras; este enajenado no es hablador; se le tomaría por un hombre serio, tranquilo, taciturno. El maníaco, por el contrario, se parece con más frecuencia á una persona cuyo cerebro está excitado por la bebida.

Los enfermos atacados de locura impresionan á la gente de una manera particular, completamente distinta á la impresión que pro-

ducen los actos maníacos, la actitud de un extático, de un melancólico.

En los locos son irregularidades que asombran, es una manera de hacer ó de decir que á veces excita la risa.

La locura bien considerada parece componerse de impulsiones reflejas.

No es una convulsión, en toda la acepción de la palabra, pero en el fondo se le parece.

No es una sacudida muscular, sino una dirección viciosa de las voliciones.

Es un estado anormal de la voluntad cuando ésta es el punto de partida de los actos.

El enajenado atacado de locura, representa, amenudo su sér automático que duerme y anda con los ojos abiertos, que es movido por una fuerza morbosa que quiere sin libertad, pero que quiere á veces con conciencia, con una conciencia completa, con una integridad notable de las concepciones, del juicio.

Al ver á estos singulares pacientes, al considerarles, al entretenerse con ellos, nada anuncia frecuentemente una enfermedad del espíritu; son atentos, conciben, calculan, se dan cuenta de las probabilidades, de las imposibilidades; tienen la memoria intacta, recuerdan los hechos, las personas y los datos.

En un gran número de situaciones, que los modernos han designado como monomanías suicidas, como monomanías homicidas y otras, el enajenado no es ya el representante de la fuerza humana, está bajo el imperio de sus instintos.

Esto es el acto morboso de matar, de incendiar sin cólera, sin venganza, sin tristeza, sin imbecilidad. Esto es el enajenado que se suicida fatalmente, que mata á sus hijos porque está impulsado por una potencia que neutraliza sus fuerzas reflexivas. Esto es el enajenado que rehusa comer sin saber por qué, que desdena los alimentos; algo que no puede definir le dice que debe obrar así.

Lo que merece fijar la atención es que el enfermo, con frecuencia, considera los hechos que le convienen como si no fuera su autor; ni se preocupa, ni apenas se inquieta de su resultado.

5. ¿Por qué establecer estas distinciones? me diréis. ¿Qué ventaja hay en multiplicarlas cuando no han de esclarecer importantes cuestiones? Yo debo responderos que, estas distinciones presentan aquí una utilidad real respecto al pronóstico.

Los caracteres de la manía más esencialmente primitivos, más estrepitosos en su marcha, son también de un augurio más favorable para el restablecimiento de los enfermos.

Los caracteres de la locura, por el contrario, cuanto menos iniciales, cuanto más secundarios, más lentos en su desenvolvimiento y más insidiosos en su progresión, me inspiran la mayor parte de las veces una gran desconfianza, y no son en modo alguno tranquilizadores respecto á la curabilidad de los enfermos.

6. Estos enajenados dan en general la misma respuesta siempre á las preguntas que se les dirigen concernientes á sus actos; dicen casi todos que están sometidos á un poder que les subyuga. Obran bajo el imperio de un impulso provocado por los sonidos ó por la vista de ciertos objetos.

Muchos enajenados de esta especie, sobre todo los que observan las prácticas religiosas, las personas crédulas, acensan al espíritu maligno, á una tentación, á un sortilegio que se les ha echado.

Es, dicen, el genio del mal que conduce sus brazos, que sopla á sus oídos palabras groseras, que les hace profetizar contra Dios y los santos las más atroces blasfemias.

Los enajenados de esta clase se dicen forzados á darse golpes á sí mismos. Estos golpes son asestados con una violencia tal que se hacen sangrar la nariz y las encías, y se ponen la cara toda llena de cardenales. Ved de ello un ejemplo en el enfermo que tenéis ante vosotros.

He conocido enfermos que me decían: «Un yo no sé qué, una fuerza eléctrica quizás, me obliga á tomar en la mano este libro ó cualquier otro objeto y arrojárselo al suelo,—yo debo levantar el brazo, yo debo derribar esta silla, esta mesa,—yo me desnudo sin saber por qué, yo debo obrar contrariando mis intenciones.»

Otros me decían: «Hay en mí alguno que no soy yo, que me impulsa y me obliga á obedecer.—Yo sé todo lo que hago, yo siento en mi cabeza alguna cosa que me atormenta, yo siento que tengo una voluntad;—pero siento también que estoy paralizado hasta el punto de que mi voluntad no puede ya resistir á otra voluntad que hace que yo deba andar siempre; V. no puede creer cuánto quisiera yo contener este movimiento, y cuando, haciendo un esfuerzo extraordinario me obligo al reposo, no puedo deciros cuán intolerable me es esta situación.»

No hay una situación más deplorable que la mía, me decía fre-

cuentemente una soltera muy devota, que antes era religiosa; mis ojos están constantemente obligados a mirar ciertos objetos; en vano lucho contra mí misma; allí miro siempre. Es una tentación de todos los instantes. Y cuando yo la pregunto: ¿Qué es obli- ga, pues, á mirar esos objetos? La pobre jóven me responde siempre: — No lo sé. — No hay medio de llevar más lejos la conversacion.

7. Los hombres predisuestos á este género de frenopatía, llevan ordinariamente antes de su enfermedad una vida muy tranquila; generalmente son gentes que frecuentan las iglesias; aman la soledad; impresionables, de constitucion delicada, inquietos, escrupulosos, nerviosos, hipocóndricos, tristes y reservados, de semblante pallido ó moreno.

Yo no me atreveré á afirmar que los celibes estén más predisuestos que los sujetos casados; pero tengo razones para creer, sin haber hecho estudios sobre este punto, que hay más predisposicion en los primeros.

8. A veces los síntomas son continuos; pero lo más frecuentemente son intermitentes y amenudo periódicos.

Proceden bajo la forma de crisis, de accesos, que se manifiestan á veces de una manera explosiva. Yo tengo la costumbre de designarlas aquí con el nombre de cóhete, por su manifestacion instantánea y su estrépito. Las repeticiones son unas veces regulares y otras irregulares.

Cuando estos accesos se presentan, van acompañados ordinariamente de ausiedad, de terrores vagos, de alucinaciones, de agitacion y de muchos actos que encontramos tambien en los epilépticos antes de la explosion de las convulsiones. Debemos añadir que hay observadores de gran mérito que, como von Krafft-Ebing, están persuadidos de que la epilepsia está siempre en el fondo de esas impulsiones morbosas, sábitas. Esto yo lo creo un error. Lo que es más cierto quizás, es que en los casos en que la epilepsia interviene como causa, los enfermos no conservan ningun recuerdo de los actos que han cometido, mientras que, generalmente, como veremos más adelante, en la locura verdadera el paciente tiene perfecta conciencia de los fenómenos producidos.

En tales momentos el enfermo mata á sus hijos, á su padre, á sus amigos.

Bebe agua hirviendo, traga pedazos de vaso, alfileres y agujas.

Abre una ventana y se precipita desde lo alto de ella.

Coge una cuerda y se ahorca.

Se apodera de una navaja ó de un cuchillo y se degüella.

Rara vez se le ve hacer uso de un arma de fuego.

A una de estas situaciones es á lo que algunos observadores han dado el nombre de *mania brevis*, de la cual se deriva la *mania instantánea*; es decir, un trasporte que, bajo la forma de crisis, lleva al hombre enjennado á inmolarse alguna vez á una persona que le es querida. Yo he visto esta espantosa enfermedad, bastante rara por lo demas, en un hombre de una constitucion atrabiliaria que, dotado de mucha razon, experimentaba de tiempo en tiempo accesos de melancolía, durante los cuales se arrojaba a la garganta del primero que llegaba. Un día, faltó muy poco para que estrangulára á una de sus primas, á quien habia ido á visitar. Estos arrebatos se terminaban ordinariamente despues de algunos minutos; el enfermo deploraba entonces su triste suerte. Por fin acabó por suicidarse, cansado, como él decía, de ser el juguete de una fatalidad.

Esta impulsión no siempre tiene por objeto matar; algunas veces se reduce á singularidades, á extravagancias infantiles á manera de distracciones momentáneas. Frecuentemente se ve al enjennado apoderarse de uno ú otro objeto, que pocos instantes despues resituye á su propietario.

9. Estos enfermos son en su mayor parte insensibles á todos los estímulos.

Hé aquí tambien uno de los fenómenos que con frecuencia caracterizan este estado.

En medio del invierno, uno de nuestros enjennados siente entorpecerse uno de sus dedos por el frio. Habiéndosele presentado ocasion de coger un cuchillo, se cortó el dedo por una de sus articulaciones. Siempre ha asegurado que no experimentó el menor dolor durante la operacion.

Un labrador que pienso mostraros muy pronto, sostiene tambien no haber sufrido el más leve dolor en el momento en que el mismo se cortó uno de sus brazos. Pretende no haber sentido más que un estreñecimiento en el instante en que él dividía sus carnes. Y, sin embargo, sufría cada vez que el cirujano le curaba la herida. No-

dad que, en los intervalos que dejan los accesos, este hombre es muy impresionable, muy sensible.

Hace pocos días ofrecí tabaco á un enajenado suicida; este enfermo se encontraba en uno de esos momentos lúcidos. Es cosa extraña, me dijo: cuando estoy bien, basta una pequesísima cantidad de tabaco para hacerme estornudar cinco ó seis veces; cuando no me siento bien, tomo cantidades considerables y no consigo excitar la sensibilidad de mi nariz; entónces no estornudo absolutamente.

10. Durante las crisis, el pulso tan pronto tiene una lentitud notable como es muy acelerado.

Amenudo la piel está cubierta de sudor.

No se puede, sin embargo, reconocer en este estado accesos de una fiebre intermitente; deben compararse más bien á accesos neurálgicos ó convulsivos.

En este género de frenopatía las *funciones viscerales* apenas son influenciadas de una manera permanente, como sucede en la melancolía, el éxtasis y la manía.

El pulso no presenta una gran perturbación.

En numerosos casos la piel adquiere un tinte vinoso.

En otras situaciones estos enajenados se entregan á una multitud de actos contrarios á su salud; se exponen á contraer enfermedades de todo género, ya de los pulmones, ya de las vísceras abdominales.

11. Al descubrir la melancolía y la manía, he indicado ya muchas enajenaciones que pertenecen como elemento de asociación al carácter patológico de que se trata.

Las impulsiones fantásticas pueden desenvolverse también en el curso de casi todas las frenopatías.

Así, la obstinación en rechazar la comida se presenta en la melancolía, el capricho de apacchar una costumbre extravagante en la manía, los actos automáticos en la demencia.

Considerada como forma elemental, la locura no es, pues, ni una tristeza, ni una cólera, ni un desorden de la razón.

En esta vesania la impulsión morbosa parece partir de otros centros que los en que se desenvuelven las pasiones y tienen asiento las ideas.

12. La locura constituye un estado:
simple,
compuesto.

primario,
secundario, tenebrario, etc.

Lo que he dicho de la marcha de la melancolía y de la manía, me dispensa de entrar en más consideraciones relativas á la evolución de la locura. Vamos ahora á examinar esta última enfermedad bajo el punto de vista sintomatológico.

SEGUNDA PARTE

DE LAS FORMAS DIVERSAS BAJO LAS CUALES PUEDE PRESENTARSE
LA LOCURA; SUS ASOCIACIONES CON OTROS FENÓMENOS.

I

Locuras especiales

Hay aquí frenopáticos movidos por una irresistible necesidad de morder, de lacerar con los dientes todo lo que pueden encontrar. Desgarran sus pañuelos de bolsillo, sus vestidos, la camisa que llevan; reducen estas telas á pedazos, los mascan y con frecuencia los tragan.

Nosotros llamamos á estos enajenados los *locos mordedores*.

Este estado rara vez se refiere á una impulsión aislada; generalmente forma con otras vesanias una enajenación compuesta. Lo más frecuentemente se asocia á la melancolía ó á la manía, ó á estos estados morbosos á la vez; yo no recuerdo haber visto jamás la necesidad de morder aislada de todo otro desorden frenopático.

Hasta en el estado de asociación la locura de morder no se presenta quizás una vez en 500 admisiones.

Yo he encontrado esta variedad de locura unida á una notable integridad de la inteligencia. No es completamente raro ver al enfermo distinguir las telas que son de su propiedad de las que pertenecen al establecimiento, y no cebarse más que en estas últimas.

Esta variedad de vesania apenas ha sido descrita; si mi memoria no me es infiel, Frédéric Nasse dió la descripción de ella.

Hay aquí muchos enajenados desnotadoras.

Dichos enfermos están continuamente ocupados en convertir en hilos sus vestidos y las ropas de sus camas.

He encontrado entre nuestros pensionistas una señora que, habiéndose procurado unas tijeras, se sirvió de ellas para cortar en pequeños pedazos los vestidos, los chales y las ropas de otros enfermos, depositados en el guarda-ropa general.

La tendencia á la destrucción se aplica igualmente á los tejidos vivos; el enajenado destruye su propia piel. Apenas se les concede alguna libertad, desgarran con las uñas su cara.

Este enfermo que veis allí, lleva en cada lado del mentón una larga cicatriz, que parte de los ángulos de la boca y desciende hasta el maxilar inferior. Constituye la huella de una desgarradura que se infirió el paciente sólo con sus dedos, desprendiendo de este modo el labio inferior en forma de un colgajo cuadrado. Se había practicado esta operación en la cama durante el silencio de la noche, en medio del dormitorio común, sin que nadie recelara lo que hacía.

Esta propensión puede ser una *monofrenia delirante* cuando la necesidad de destrucción presenta un carácter dominante.

Puede presentarse este fenómeno como un síntoma transitorio en la melancolía, la manía, el delirio y la demencia.

En todos los casos es una afección bastante rara, pero más frecuente que la que acabamos de ver.

Se han observado á veces una especie de endemias y epidemias nerviosas, en las cuales los enfermos se pinchaban y se mordían.

Afecciones parecidas se han visto propagarse entre las mujeres de un convento. La historia refiere sobre esto los hechos más extraordinarios. Wier, célebre médico brabantés, ha escrito sobre este asunto relaciones muy curiosas. Entre otras, cita la de una locura que en 1566 se manifestó entre los habitantes de un hospicio de Amsterdam, y que presentaba síntomas análogos á estos de que os acabo de hablar.

Los siglos XVI y XVII han ofrecido muchos fenómenos de este género.

III

Puede darse el nombre de *mutiladores* á los enajenados que dirigen contra sí mismos la irresistible necesidad de mutilar á los seres vivos.

Es una enajenación á veces horrible en sus resultados; felizmente, no se encuentra sino en casos excepcionales.

Estos enajenados son los que, sin animosidad de ningún género, se dan violentos puñetazos con el propósito de hundirse las costillas, de aplastarse la nariz ó de reventarse un ojo.

He visto enajenados que se habían quemado los pies ó las manos á fuego lento; he visto otros que habían puesto la cabeza sobre carbones ardiendo, que se habían cortado uno ó varios dedos y hasta todo un miembro. Yo traté uno en la actualidad que se arranca violentamente las uñas de los pies y de las manos.

Los hay que se hacen la amputación del pene, de los testículos, que se los arrancan, que se introducen clavos en la scarnes y se atan á una cruz.

UN SUJEYO ATACADO DE LOCURA MUTILADORA

1. Fijaos bien en este enfermo; representa la frenopatía que deseo hacer os observar.

Este hombre, que no tiene más que una mano, tiene 53 años de edad. Su exterior anuncia la salud más perfecta. Casado y padre de muchos hijos, ha visto prosperar sus negocios hasta el punto de haber realizado importantes ahorros.

Siendo labrador, concibió la idea de dar á su explotación agrícola la mayor extensión. Deja el establecimiento que habita, y alquila un cortijo más grande. En esta determinación fué animado por su mujer. Pero el nuevo propietario procede con lentitud en expedir el acta de arrendamiento, y hace entrever el deseo de obtener ciertas garantías. El amor propio de D... se resintió con esto profundamen-

te. Al instante ofrece aporrontar fondos suficientes para cubrir el importe de tres anualidades.

Desde aquel momento este hombre no duerme, experimenta inquietudes y no logra un solo instante de reposo. Una profunda tristeza se apodera de su ánimo, y bien pronto presenta los síntomas más extraordinarios. Inopinadamente le asalta el deseo de matar a su mujer, y este impulso, que se manifiesta con violencia, no se atribuya á ningún motivo. Es una determinación absolutamente ciega, que no obedece á ninguna razón; no es ni la consecuencia de una acusación, ni de un acceso de cólera, ni de una venganza. En el fondo de ella hay un sentimiento: el que hace creer al enfermo que debe obrar así.

A esta fatal voluntad de matar á su mujer, viene á añadirse una nueva impulsión: la de amputar su propio brazo. El enfermo se hace la siguiente reflexión: cuando yo no tenga brazo, ya no podré matar á mi mujer. Aunque esta concepción no se presenta á su espíritu más que de una manera confusa, la realiza sobre la marcha y de una manera fatal. Coge un cuchillo perfectamente afilado, y de un sólo golpe se hace la amputación del antebrazo por encima de la mano.

El cirujano á quien se llama hizo del muñon una herida limpia, ligó los vasos y practicó la cura necesaria. La curación fué tan rápida, que al cabo de tres semanas la cicatrización era completa. Desde entonces D. fué conducido á este establecimiento para ser confiado á mis cuidados.

Ved el enfermo: su aspecto no anuncia un enajenado, su palabra no descubre ninguna idea falsa; observándole durante todo el día, se logra descubrir en él un fondo de tristeza y de extravagancia que domina en sus impulsiones. Su estado moral no sufrió ninguna modificación á consecuencia del acto que acababa de cometer.

Evidentemente este desgraciado no ha sido impulsado en modo alguno por pasiones bastardas; no ha cesado ni un instante de amar á su esposa.

2. *Amalung*, en su *Beiträge zur Lehre von den Geisteskrankheiten*, refiere un hecho análogo, pero acompañado de una crueldad aún mayor.

Se trata de un hombre atacado de una vesania religiosa, que se hizo la amputación de la mano y del pié á la vez.

El autor que acabo de citar, asesinado hace poco tiempo por un

enajenado que le abrió el vientre, habla de un paciente que se arrancó los testículos.

Yo ví en Génova, en el antiguo establecimiento de enajenados, un sujeto que había consumado esta mutilación en su propia persona. Esto no es raro, por lo demás, entre los enajenados; la sección del miembro ó la ligadura de esta parte se observa frecuentemente. He encontrado más de una vez enajenados que habían intentado extirparse el pene apretándose fuertemente por medio de una ligadura.

Los antiguos han llamado la atención sobre este género de castración, y han creído ver que era á veces seguido de la curación del paciente; esto es tan verdadero, que se ha recomendado la ablación de los testículos como un medio de curar á los maniacos. Boerhaave ya relata como hecho histórico el éxito obtenido por esta mutilación. Por mi parte, no he observado nada hasta el presente que pueda justificar una medicación tan terrible en sus resultados.

3. Estas mutilaciones son á veces acompañadas de ideas religiosas.

Los periódicos ingleses han referido hace pocos años que un sujeto llamado Bartolomé Donovan, de oficio labrador, fué llevado á un hospital de York, pálido y abatido, con heridas en los piés y en las manos; dicho enfermo se las había perforado con clavos, queriendo crucificarse.

Un hecho análogo había sido ya observado por Chiarugi hace más de 50 años; este autor relata el hecho de un loco que en Venecia había conseguido clavarse á una cruz y suspenderse en el hueco de una ventana, exponiéndose de este modo, en la actitud de Cristo crucificado, á las miradas de una multitud asombrada.

1. Los enajenados que he llamado *suicidas*, pertenecen á la categoría de los frenopáticos destructores.

El acto de destruirse es para estos enfermos una determinación en extremo indiferente.

El hombre puede suicidarse cuando la vida es para él una carga,

y desprovisto de sentimientos religiosos se abandona al sentimiento de disgusto, al tédio que experimenta.

El enajenado puede matarse cuando en el orden de sus concepciones cree tener motivos para hacerlo. Se han suicidado enajenados por creer que con su muerte salvaban al género humano; este es un orden que parte del dominio de las ideas.

Pero el suicida puede no tener motivos; puede matarse sin tristeza, sin cólera, sin ser impulsado á este acto por ningún sentimiento de odio ó de aburrimiento; puede poner fin á sus días por un capricho ó fantasía impulsiva.

Yo admito, pues, bajo el punto de vista de las nociones nosográficas:

- A. Un *suicida franco*, una monorolía suicida, consistente en una impulsión irresistible, ciega.
- B. Una *monomanía suicida*; es decir, una manía con suicidio; el enfermo se mata en un acceso de cólera.
- C. Una *monomelancolía suicida*.
- D. Un *delirio con suicidio* (más adelante hablaremos de esta forma).

2. Añadiré que el suicidio, tal como yo lo concibo, puede constituir un síntoma radical, una enfermedad esencial, ó bien no es más que un epifenómeno que se presenta en el curso de otra vesania.

Esta última forma aparece lo más frecuentemente en la melancolía. Por lo demás, la melancolía está en el fondo de casi todos los suicidas. No se ve con frecuencia declararse esta enfermedad en el curso de una manía.

El suicidio puede manifestarse en la demencia.

Puede también presentarse, sin el menor desorden de las ideas, en el estado de *suicidio sin delirio*.

3. Se han observado epidemias de suicidios, y yo creo, en realidad, que hay épocas en que estas enfermedades se presentan en mayor número que de ordinario.

Se ha admitido la influencia especial de ciertas condiciones atmosféricas, la de ciertos países, las ideas reinantes y con este objeto se ha citado particularmente á Inglaterra.

Se han aducido hechos y cifras en favor de esta opinión; se han dado á conocer hechos contrarios á esta manera de ver, y por ambas partes se ha creído tener razon.

La cuestión no ha llegado á una solución definitiva.

Siempre resulta que existen relaciones entre esta enfermedad y ciertos modificadores, en el sentido de que el retorno, la manifestación del suicidio será provocada por tales disposiciones del organismo más bien que por tales otras. Así, durante la primera parte del día más bien que hacia la tarde, se declaran las angustias precursoras del suicidio. El paso del sueño á la vigilia particularmente, y también la transición de la vigilia al sueño, son momentos en que las ideas tenebrosas se declaran frecuentemente en estos enfermos. La ingestión de sustancias alimenticias y de bebidas, son con bastante frecuencia la causa de la reaparición de las cóngojas en los suicidas.

La conversación misma parece conducir muchas veces al mismo resultado. Los enfermos que están sentados tranquilamente y se ocupan en cualquier trabajo, no piensan en destruirse; empiezan á hablar y se ponen anhelosos, promueven cuestiones insidiosas, se inquietan más y más, y se suicidan algunos instantes después que se ha hablado con ellos.

No es raro también ver enajenados entrar en el establecimiento con la inclinación á destruirse, permanecer durante meses sin hablar de su inclinación, y después de devueltos á sus familias, arrojar al agua al cabo de pocos días ó de pocas horas de haber recobrado su libertad. Evidentemente, bajo la influencia de una nueva excitación se producen de nuevo los síntomas primitivos.

Es necesario, pues, usar de una extrema prudencia con estos enfermos; es preciso no dejarles salir del asilo sino cuando la curación está bien confirmada. Así, mientras conserven alguna desconfianza de sí mismos, un fondo de tristeza, cualquier extravagancia, es necesario conservarles secuestrados y vigilarlos de cerca. Y hasta cuando se crea poder confiarlos á sus parientes, es preciso recomendar siempre á éstos que usen de todas las precauciones y no dejen de desplegar una prudente vigilancia.

4. El suicidio puede presentarse como una afeción continua; la necesidad de matarse domina al enfermo todas las horas del día. La mirada es sombría, el semblante está pálido y á veces muy rojo. Ordinariamente desplega cierta sutileza de ingenio en la ejecución de su obra de destrucción; sabe expliar el momento favorable y satisfacer su funesta inclinación.

En otros casos, el suicidio está subordinado á accesos remitentes.

intermitentes,
periódicas.

5. Esta vesania se propaga por vía de imitación. Desta tiempo remoto se ha reconocido la especie de contagio moral que se refiere á esta afección. Esquirol y Falret, los primeros, han llamado la atención de los frenopatas sobre este fenómeno. Marcé, á su vez, ha hecho ver la facilidad con que las locuras suicidas pueden transmitirse de un individuo á otro. Sobre este asunto os recomiendo que leáis la interesante obra del Dr. Calmeil, referente á las grandes epidemias de enajenaciones mentales que han azotado á la Europa durante los tres últimos siglos; multitud de hechos consignados en ese trabajo, vienen á confirmar lo que os acabo de decir.

Por otra parte, muchas enfermedades nerviosas ofrecen este modo de propagación: el histerismo, la epilepsia y otras. Yo vi un día un caso muy notable de enajenación nacido de la imitación. Era una jóven de 12 años de edad solamente, que por una indisposición, yo no sé de qué naturaleza, se encontraba en el Hospital de esta villa; vió morir á una mujer que ocupaba una cama inmediata á la suya. La llegada del sacerdote, la administración de los Sacramentos, la oración rezada en alta voz alrededor de la agonizante, habían impresionado fuertemente á esta niña que, al cabo de algunos días, dió muestras inequívocas de enajenación mental. Este estado se presentó bajo la forma de accesos que dejaban intervalos lúcidos bastante largos, durante los cuales imitaba perfectamente los gestos, el andar del sacerdote, las ceremonias de la Extrema-Unión, la actitud de las personas que oraban, la descomposición del semblante de un moribundo, repetía las escenas que tan vivamente la habían impresionado en el Hospital y que habían provocado su estado frenopático. Remedaba también á las personas del servicio médico y quirúrgico, hacía el ademán de explorar el pulso, de levantar las hillas, de hacer las curas. A esta situación sucedió una especie de eclampsia precedida de fuertes dolores hacia la región uterina.

UN SUJETO ATACADO DE SUICIDIO: EXAMEN CLÍNICO

6. ¿Cómo se manifestó el suicidio en el sujeto que os acabo de presentar? Voy á decirlo.

Después de algunos meses de tristeza, estalló el mal de una ma-

nera súbita; el enfermo ha estado como perseguido, y está admi- pulsiado por una fuerza interior. Generalmente os habla con una inteligencia perfecta; el sentido de la reflexión no ha sufrido ningún menoscabo. Habla de su enfermedad y os explica cómo se siente arrastrado apesar suyo... Vosotros mismos acabais de oírle; mientras os hablo, dice, siento que mi cabeza trabaja... Bien pronto no hablará ya, os mirará con un aire azorado y parecerá completamente fuera de sí. Los accesos duran algunas horas; vuelve en sí, queda en calma durante otras muchas horas, durante todo un día, hasta que las agitaciones morbosas se presentan de nuevo y acaban por hacerse continuas.

¿Habeis notado la singular mirada de este paciente, y esa expresión profundamente seria y grave que se manifiesta en todas sus facciones, y ese matiz de su piel, y ese color, esa tensión, esa palidez de sus labios?

Pues ¿y la conservación...? Nada más sorprendente que esa integridad de la razón.

En más de un caso estos enfermos piden ellos mismos que se tomen todas las medidas de precaución que su estado reclama. Descan que se les coloque en una casa especial, á veces lo piden á gritos; se presentan á la puerta de los establecimientos á fin de que se les reciban; inducen á sus amigos y á sus sirvientes á que tengan mucho cuidado en vigilarles; y, en efecto, burlan la vigilancia de los más inteligentes.

7. Hay frecuentemente en medio de todos estos síntomas una angustia, una opresión de pecho que merece toda la atención del práctico.

Esta angustia va acompañada á veces de una gran palidez, de un color lívido y de un pulso notable por su lentitud y por su amplitud, y en ciertos casos por su extrema frecuencia.

El otro día pregunté á aquel hombre jóven que veis allá abajo — es convaleciente de una locura suicida — si tenía conciencia de los primeros ataques de su enfermedad. Sí, me respondió, perfecto conocimiento. Empezaron por una opresión, por un dolor en la base del pecho; el sufrimiento era tan fuerte que me cortaba la palabra; pero duraba muy poco tiempo. Me repetía, sin embargo, y cada vez me parecía que ya no veía; todo desaparecía á mi alrededor, yo no oía nada. Yo creía que se me iba á hacer un gran daño, y corría en dirección del río. Yo no sentí la impresión del agua, y lo que pasó

allí yo no lo sé. Es preciso que alguien me recogiera, pues que aún conservo la vida.

Los órganos torácicos desempeñan, pues, á no dudarlo, un importante papel en el suicidio; el corazón parece estar frecuentemente en un estado completamente especial. En mis investigaciones he encontrado las alteraciones del corazón que voy á exponer: la superficie de este órgano presentaba manchas blancas y graniticas morbosas, y ademas adherencias entre las dos hojuelas del pericardio. A veces me he sentido inclinado á encontrar un estado anormal cualquiera de este órgano en su irritabilidad, en sus nervios, en su estructura.

Podéis leer con fruto lo que Fr. Nasse ha dicho de la influencia del corazón sobre las enfermedades mentales. — Véase el *medic. Zeitschrift für Arzte*.

Las consideraciones expuestas por Flamming sobre la ansiedad precordial, y consignadas últimamente en el periódico de Damerow de que ya os he hablado, merecen llamar vuestra atención.

Este estado está á veces en relacion, en la época del retorno, con una aparición ó una supresion de hemorroides, con una supresion de los ménstruos, con una caquexia podágrica, con una constitucion abdominal, anunciándose por un color muy oscuro, círculos azules alrededor de los ojos, la prominencia del vientre, cámaras tardías, orina teñida de un color muy oscuro, con un adelgazamiento general.

8. El suicidio forma asociaciones sintomáticas frecuentes con todas las especies de locuras destructivas. Así, se presenta como consecuencia de la locura homicida; el enfermo, despues de haber intentado inmolarse á su mujer, á su hijo, etc. corre al agua y se sumerge, ó se ata una cuerda al cuello y se ahorca. Pero, en el fondo, se reconoce casi siempre un fuerte dolor moral.

9. El suicidio frenopático no es un fenómeno que pueda llamarse raro; no es tampoco un síntoma frecuente. La evaluación de su cifra proporcional es difícil de establecer, puesto que varía segun la condicion social de las casas y ciertas circunstancias especiales.

En el Retiro, cerca de York, M. Thurnam ha calculado en un 15 por 100 de admisiones el número de suicidas ingresados en aquel establecimiento.

Ya el Dr. Jacobi habia encontrado en Wakefield un número de suicidas equivalente al 16 por 100. En Lancaster es el 17.

Aquí, en Bélgica, esta vesania es mucho más rara. En los establecimientos renidos de Gand no se presenta cinco veces sobre 100 admisiones; excepcion hecha, como es natural, de los que se dejan morir por rehusar comer.

Pueden presentarse numerosas variantes en este asunto; así, durante el año que acaba de trascurrir se han contado en nuestros hombres pensionistas tres suicidas por 15 admitidos. Desde hace algun tiempo, los casos de suicidio se han hecho más frecuentes en nuestros establecimientos públicos; así, desde 1853 á 1872, en el hospicio de hombres enajenados, entre 2.852 ingresados, la tendencia al suicidio se ha presentado 40 veces, ó sea un 17 por 100. Sin embargo, el suicidio es ordinariamente más frecuente en las clases acomodadas.

En Francia, entre 34 millones de habitantes ha habido 80.000 suicidas en 18 años.

(El suicidio ha sido descrito frecuentemente. Esquirol en su artículo sobre el *Suicidio*, y M. Falret en su tratado sobre la *Hipochondria* y el *Suicidio*, han abierto el camino á los médicos frenopatas. En 1840, el Dr. Cazanviell publicó un tratado sobre el suicidio, la enajenacion mental y los crímenes contra las personas, comparados en sus relaciones reciprocas. Entre los trabajos más recientes, y que son dignos de ser consultados, citaré las Memorias de M. Brière sobre *El Tello*; el voluminoso trabajo de este mismo autor titulado *Del suicidio y de la locura suicida, consideradas en sus relaciones con la estadística, la filosofía y la medicina*; la obra literaria de M. Tissot titulada: *De la manía suicida y del espíritu de rebelion*; el Tratado del Dr. Lisle, coronado por la Academia de Medicina, titulado *Del suicidio: estadística, medicina, historia y legislación*; el Tratado *Del suicidio*, por el Dr. Bertrand.)

V

1. La manomanía llamada *homicida*, de Esquirol, es nueve veces entre diez efecto de una impulsión no motivada que arrastra al enfermo á cometer homicidios; son precisamente esos casos de que haremos una especie distinta bajo el nombre de *locura homicida*.

Los locos homicidas creen que deben obrar así; matan porque dicen que se sienten impulsados á ello.

Si durante esos momentos lúcidos preguntáis a este enajenado por qué ha matado a su hijo, el enfermo vuelve la cabeza, no os responde en el momento y después dice con aire indefinible: yo no sé; yo no lo confieso; yo no puedo imaginar que eso sea posible. Había en mí alguna cosa que me decía que era necesario matar; yo pensé que debía matar a mi hijo, y yo sé muy bien como lo he hecho y lo que yo pensaba mientras obraba así.

La locura homicida no tiene frecuentemente más que una duración pasajera y el enfermo vuelve con bastante brevedad a la convalecencia. Un alemán, cuyo padre se había suicidado, que tenía en su familia una tía materna enajenada, lo mismo que dos primos, presentó signos de enajenación mental inmediatamente después de la muerte de su padre. Algunas semanas después, paseando con su mujer, con la que estaba casado hacía apenas algunos meses, viviendo siempre en perfecta inteligencia, la precipitó en un arroyo que bordeaba el camino y la sujetó sumergida en el agua con el fin de ahogarla.

Este acto horrible no llegó a consumarse por haber sido sorprendido por personas que impidieron llevarlo a término. Durante cuatro o cinco días presentó signos de enajenación mental. Al cabo de este tiempo, a consecuencia del interrogatorio judicial, su razón entró en un estado mayor de lucidez para declararse rápidamente una convalecencia franca. Este cambio fue provocado evidentemente por los interrogatorios a que fue sometido el enfermo, y que ejercieron una acción saludable en su reflexión. Este regreso a la razón, sobreviniendo tan prontamente en un caso de locura homicida, es un punto muy importante bajo el aspecto médico-legal y que hace nacer la idea de una simulación. Esta misma circunstancia es la que merece, pues, toda la atención del médico. Este debe recordar que un enajenado puede cometer un homicidio bajo la influencia de una impulsión morbosa, comprendiendo después de algún tiempo la gravedad de la situación en que se ha colocado y volver a toda su lucidez mental. El mismo miedo viene a ser en estos casos un poderoso modificador para neutralizar las tendencias morbosas y producir el orden en las funciones perturbadas de la inteligencia.

2. Bajo el punto de vista del diagnóstico, es esencial poner de relieve la diferencia que hay entre la hiperfrenia, ó la manía homicida, y la locura de este nombre. En el primer caso, el enfermo actúa en sus acciones, en su actitud, todos los caracteres de una pasión

que se desborda, de la cólera, del miedo; el enfermo anula, se revuelve, destroza; su ojo es como de fuego.

En la locura homicida no sucede nada de esto. El enfermo está silencioso, anheloso, pálido, abatido, ó bien indiferente; obra sin cólera, sin furor, pero presenta los indicios de un impetu irresistible.

3. ¿Puede ser una afección simple la locura homicida? ¿Puede ser una afección compuesta?

Puede ser una vesania.

4. Pero un hombre, sin ofrecer los preñidos de una enfermedad, puede de repente ser transportado fuera de sí, cortar cabezas, brazos, incendiar, estrangular, sin ofrecer otros síntomas que una perversión morbosa de la voluntad impulsiva?

La razón se resiste a creer un estado semejante, ajeno a toda aberración en las ideas, y, sin embargo, hombres de gran respetabilidad, Esquirol entre otros, nos aseguran que tales casos son reales, si bien raros.

En cuanto a mí, no he encontrado hasta el presente la monofrenia destructiva sin síntomas satélites. Pero M. Baillarger ha referido, en los *Annales médico-psychologiques*, un caso en que esta enfermedad se presentó con toda la simplicidad de una impulsión insólita.

Por mi parte, en los casos menos complejos siempre he podido comprobar cierta ofuscación del entendimiento; debilidad de la inteligencia, una mezcla de síntomas, como acabamos de verlo en el suicidio. Es, sin embargo, difícil de establecer, tanto en este punto como en todo lo que concierne a las enfermedades mentales, reglas generales y exclusivas. Acabo, en efecto, de observar un caso que parece probar hasta la evidencia que la locura homicida puede presentarse bajo la forma de una impulsión enteramente aislada. Una madre de familia gozaba de toda la buena opinión doméstica que puede desearse. Pierde a su marido, y poco tiempo después a uno de sus hijos. Experimenta una tristeza, muy natural en tales circunstancias, sin presentar, no obstante, signos de enajenación mental. Pero un día, de repente, mientras estaba ocupada en planchar la ropa, experimenta ansiedades terribles, y con la plancha caliente que tiene en la mano aplasta al más pequeño de sus hijos, hacia el cual sentía un especial cariño. Consumado este acto, cae en un estado de profunda tristeza, apenas duerme, pero toma los alimentos que le dan. Nada anuncia en sus palabras que esté bajo la influencia de ideas delirantes; tampoco deja apreciar en ella una debilitación de la

inteligencia. La reflexión parece faltarle; sin embargo, no habla de la muerte que ha perpetrado, no la comprende, y, no obstante, teme el rigor de la justicia. Esta mujer fue considerada como enajenada, y recluida como tal en el Hospicio de mujeres de Gand. Esta pobre madre llevaba en su semblante y en su aspecto exterior una expresión de sufrimiento como una persona enferma, pero no dio ningún otro indicio de locura. Murió de consunción pulmonar. Había experimentado anteriormente accesos de enfermedad mental, y entre sus parientes más próximos había algunos enajenados.

5. Una profunda tristeza precede y acompaña ordinariamente á esta afecion. Los enfermos están taciturnos, buscan comunmente la soledad. La locura suicida tiene frecuentemente un período prodromico muy largo, durante el cual el enfermo, sin dar ningun signo positivo de enfermedad mental, se hace notar por su proceder insolito. Esta bajo el imperio de ciertas repugnancias, de ciertas rarezas. Si nos remontamos al origen de su enfermedad, se encuentra amenudo algun hecho que ha sido desconocido ó que ha permanecido ignorado. El paciente ha sufrido reveses, una humillacion, una sorpresa, es muy ambicioso y ha sido muy maltratado por la fortuna, etc. Es positivamente cierto que una idea, un sentimiento, una pasión reprimida, pueden existir en un estado oculto, por decirlo así, y despues degenerar en un estado morboso, tomar la forma de una locura homicida ó de una variedad de enajenacion con tendencias destructoras.

La locura homicida se complica durante los accesos con una alteracion de las funciones enteramente especial, de una aceleracion extremada ó de una gran lentitud del pulso.

6. Esta enajenacion es lo más frecuentemente un estado compuesto, y se encuentra asociado á ideas delirantes, transitorias. Los enfermos se creen inspirados, oyen voces, conciben temores, terrores, alimentan odios contra sus mejores amigos.

Esquirol ha observado la inclinacion á matar en un niño muy jóven. M. Brière ha referido casos análogos. Yo he consignado tambien algunos en mi libro sobre las *Frenopatías*.

He aquí lo que se lee en el diario del Haute-Loire: El teatro del crimen es una modesta habitacion de la villa de Aiguille, en Francia.

Un niño de cuatro años, en el cual se reveló de repente el instinto de matar, se armó de un cuchillo, y arrojándose sobre la cuna de un niño de 10 meses, cuya madre no velaba su sueño, le cortó la nariz, sembrando su cara de horribles cortaduras. Despues de haberle

mutillado de este modo, tomó ceniza y agua é hizo una especie de máscara, que le aplicó sobre el semblante para restañar la sangre y sofocar los clamores del infortunado niño. Cuando la madre, que trabajaba enfrente de su casa, acudió á los gritos que lanzaba el pobre niño, el culpable huyó á pasos precipitados y fué á ocultarse. Cuando se le encontró, todavía tenía las manos manchadas con la sangre de su víctima.

En los manuscritos del Dr. Wigan se han encontrado notas relativas á actos que él designa con el nombre de *crímenes sin motivos*. Son estas impulsiones destructoras que se observan á veces en sujetos jóvenes, hacia la edad de la pubertad. Estos ejercicios crueles en los animales ó administran veneno á otros niños, incendian la casa que ellos habitan ó la de otros. Se observa principalmente este estado, dice el autor, entre los sirvientes, los criados de los cortijos, entre los individuos de limitada inteligencia. Se le encuentra tambien entre los niños de buenas familias, pero entónces esta especie de impulso tiene ménos expresion; se anuncia por el desprecio hacia los peligros, por actos de una loca temeridad, tales como saltar anchos fosos, andar lo más cerca posible de un precipicio, entregarse á manifestaciones de una impulsión violenta, sin motivo de emulacion ó de vanidad, por una bravura temeraria, sin raciocinio, por la necesidad irresistible de hacer cualquier cosa. Véase el análisis de este manuscrito en los *Annales médico-psychologiques*.

Sucede con bastante frecuencia ver la locura homicida asociada á un estado hipocóndrico. Esto se nota sobre todo en el período prodromico ó en los intervalos trídidos entre los diversos accesos. El enfermo se queja, tan pronto de su estómago, digiere mal, hace deposiciones irregulares, etc.; tan pronto es un sentimiento de opresión lo que acusa, ya son vértigos, ya hemorroides que aparecen con irregularidad. En algunos casos, raros vérdaderamente, es necesario atribuir esta hipocondría á una disposicion gotosa.

7. Los actos de destruccion se observan lo más frecuentemente en los hombres de un temperamento nervioso y atrabiliario.

Se declaran con preferencia en sujetos histéricos, en los enfermos catalepticos, en personas que han sido atacadas de sonambulismo en su juventud.

Parécen comunicarse por imitacion en los epilépticos. En estos últimos la destruccion se manifiesta á veces bajo las formas más singulares.

8. La locura homicida rara vez se presenta como un fenómeno transitorio; es generalmente permanente.

A veces se transforma en suicidio, ó bien sucede á éste.

9. Lo mismo que la locura lacerante, mutiladora, ésta de que nos ocupamos pertenece á los casos raros. Se encuentran, sin embargo, homicidas en todos los establecimientos cuya poblacion es un poco crecida; esta circunstancia se explica, porque tales enajenados curan difícilmente y permanecen secuestrados largos años.

La proporción numérica entre esta especie de locura y las admisiones, sería difícil de fijar.

En este momento se encuentran aquí dos sujetos atacados de esta afección. Desde 1838 á 1872, entre 2 352 admitidos, hay tres inscritos como atacados de una locura homicida.

10. En los últimos años, los enajenados homicidas han preocupado mucho á los médicos frenopatas; dichos enajenados han ocasionado las discusiones más contradictorias ante los tribunales. El representante de la ley no va amenado en estos enfermos más que el crimen; el médico, por el contrario, se esfuerza en demostrar que muchos actos calificados de criminales son el resultado de una locura desconocida.

11. En las obras de Gall sobre la *Funciones del cerebro*, encontré el punto de partida de las ideas actuales sobre las monomanías homicidas. Pinel, como os he dicho, había ya admitido una inclinación destructora, sin desórden en la inteligencia y en las ideas.

Después, hombres de gran saber han desenvuelto esta manera de apreciar ciertas enajenaciones, y han citado en apoyo de sus opiniones hechos muy concluyentes.

Esquirol, en sus artículos del *Diccionario de ciencias médicas*, y en una nota inserta en la obra de Hoffbauer sobre la medicina legal, traducida por Chambeyron; Georget, en un opúsculo titulado: *Discusiones médico-legales sobre la locura*; Pritchard, en un largo artículo de su obra sobre la *Insanidad moral*, han contribuido todos á fijar la atención sobre la monomanía homicida. Georget sobre todo ha reunido una serie de historias de sujetos, todas notables relativamente al crimen que se les imputaba por los tribunales. En Alemania, Gross, en su obra ya citada *Die Lehre von der mania sine delirio*, y más recientemente von Krafft-Ebing bajo el nombre *Mania transitoria*, en diversas publicaciones; en Francia, Falret, en su *Memoria de la no existencia de la monomanía*, han aportado su con-

tingente para el esclarecimiento y solución de este importante problema.

Finalmente, Marc en su obra sobre la locura en sus relaciones con las cuestiones médico-legales; M. Botte y M. Bonnet, ambos en tratados especiales y en diferentes artículos consignados en los *Annales médico-psychologiques* y en la *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, y Morel en sus clínicas y en diversas Memorias, han dilucidado la cuestión tan grave de la monomanía homicida.

12. En los casos dudosos, el diagnóstico de esta afección debe fundarse en numerosos datos:

- En las causas del mal, en su herencia existente en la familia;
- en la educación que ha recibido la persona inculpada;
- en su grado de inteligencia;
- en sus costumbres;
- en la historia de su vida;
- en su carácter, sus pasiones dominantes;
- en la existencia de una enfermedad;
- en la coexistencia de afecciones nerviosas, como el histerismo, la catalepsia, la epilepsia, el sonambulismo;
- en el estado de gestación;
- en las circunstancias que han precedido y acompañado al homicidio;
- en el carácter de la acción;
- en la expresión del semblante;
- en los síntomas patognómicos, los retornos por accesos, la suspensión momentánea de la sensibilidad;
- en el motivo ó la ausencia de motivos que pueden tener relación con el hecho inculgado.

Segun todos los observadores, esta última consideración junto con los antecedentes del matador, es lo que sobre todo debe aclarar el médico legista.

En pureza de costumbres de una parte.

Un crimen cometido sin las circunstancias que pertenecen á la criminalidad, tales como actos de avaricia, odio, y otros de esta naturaleza, anuncian la enajenación mental.

La improbabilidad, la inmundicia del sujeto, las pasiones odiosas, motivos de venganza, de celos, pertenecen al criminal.

«Nos parece evidente, dice Georget, que la existencia de la enajenación mental debe ser admitida en el que comete un homicidio

sin interés positivo, sin motivos criminales, sin pasiones razonables, si es permitido valerse de estas expresiones.

(En un artículo sobre la locura instantánea considerada bajo el punto de vista médico-legal; inserto en los *Anales médico-psicológicos*, M. Boileau, de Castellan, recuerda la opinión de Georget y dice: «El Dr. Georget establece una ley, por medio de la cual es posible distinguir de los criminales ordinarios los individuos impulsados al homicidio por una voluntad ciega é irresistible. Hé aquí esta ley: «Un acto horrible, un homicidio, un incendio cometidos *sin causas, sin motivos de interés*, por un individuo cuyas costumbres *habían sido buenas hasta entonces*, no puede ser más que el resultado de la enajenación mental.»)



VI

Deben colocarse quizás en la categoría de enajenados destructores ciertos enfermos que yo denomino *neocríftos*.

Los médicos alienistas han adoptado como una forma el caso del sargento Bertrand, el desenterrador de cadáveres, del cual se han ocupado todos los periódicos recientemente.

No creais, sin embargo, que ésta sea una forma de frenopatía que aparece por vez primera.

Los antiguos, hablando de la lycantropía, han citado ejemplos á los cuales puede relacionarse más ó ménos el caso que acaba de excitar tan vivamente la atención pública.

Aetius habla de enfermos que, como los lobos, vagan durante la noche por los cementerios y abren los sepulcros.

Forestus menciona un aldeano que frecuentaba los cementerios y ofrecía todos los síntomas de los desenterradores de cadáveres.

Pero volvamos al sargento Bertrand.

Es éste un hombre de un físico agradable, que no tiene un carácter violento y que desde su más tierna edad demostró una pasión decidida por la soledad.

De 25 años de edad tan sólo, de una conducta irreprochable, según dicen, este jóven se introducía misteriosa y furtivamente en diversos cementerios de París, siempre á intervalos más ó ménos

cortos; desenterraba los ataúdes, los abría y extraía los cadáveres; esogía particularmente los de las mujeres; á las cuales mutilaba de la manera más horrible; unas veces les abría el vientre, otras les practicaba extensas incisiones en los muslos ó en otras partes del cuerpo, sirviéndose para ello de un mal cuchillo que llevaba constantemente consigo. Notad que se entregaba á estas atrocidades apesar de los peligros que corría; porque tal profanación, efectuada en París, había despertado sospechas en todas partes. El desenterrador de cadáveres era acechado y perseguido, pero él franqueaba las tapias de los cementerios con la agilidad de un gato.

Pudo sustraerse por largo tiempo á la vigilancia de los guardas, pero al fin fué herido en un pié á consecuencia de un lazo que se le había tendido. Esta circunstancia le obligó á entrar en el hospital, donde fué reconocido como el autor de estos actos tan incomprensibles. Resulta de la declaración de este hombre que se sentía arrastrado á su pesar á cometer estos delitos; que estaba como fuera de sí, como insensible, y capaz de una celeridad de movimientos extraordinarios durante todo el tiempo que se entregaba á tales profanaciones.

El Dr. Morel publicó en 1857 unas consideraciones médico-legales sobre un imbécil erótico, convicto de profanación de cadáveres.

VII

Existe una variedad de locura destructora, la *monomanía incendiaria*, de Esquirol, á la cual Marc ha dado el nombre de *pyromanía*, y que nosotros llamaremos *pirofobia*.

Esta especie de vesania es rara; en este momento, sin embargo, contamos tres enajenados procedentes de la cárcel que presentan esta afección; los tres han sido acusados como incendiarios ante el Tribunal de Assises, y remitidos por él como atacados de enajenación mental.

Hélos aquí...

En esta enajenación, los pacientes experimentan la necesidad de incendiar.

Rara, muy rara vez, constituye esta locura una enajenación parcial; generalmente se presenta asociada á otros elementos patológicos.

Se aconseja leer el capítulo que Marc ha dedicado á la descripción de esta vesania.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

LECCION UNDÉCIMA

(CONTINUACION)

PRIMERA PARTE

No es posible desconocer que hay en los enfermos cuyo estudio acabamos de hacer un estado anormal, morboso, del poder que rige los actos. La voluntad es la que principalmente está atacada. Esta es la que sufre las aberraciones que constituyen la alteración fundamental del género morboso que examinamos al presente.

En los sujetos que veremos ulteriormente, esta condición de las fuerzas impulsivas volveremos á encontrarla bajo otras formas, con otros resultados, pero siempre conservando el carácter extravagante, irreflexivo, no razonado ni apasionado, que hemos dicho es el síntoma fundamental de la esquizofrenia patogénica de la locura.

Ciertos locos son tan rebeldes que no puede formarse una idea cuando no se les ha tratado de cerca. ®

Son necesarios los mayores esfuerzos para hacerles consentir en que cambien de ropas.

Rehusan acostarse en su cama, y se tienden en el suelo, sobre el pavimento.

No quieren lavarse.

Se exponen con la cabeza desnuda á una lluvia violenta.

Rara, muy rara vez, constituye esta locura una enajenación parcial; generalmente se presenta asociada á otros elementos patológicos.

Os aconsejo leáis el capítulo que Marc ha dedicado á la descripción de esta vesania.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

LECCION UNDÉCIMA

(CONTINUACION)

PRIMERA PARTE

No es posible desconocer que hay en los enfermos cuyo estudio acabamos de hacer un estado anormal, morboso, del poder que rige los actos. La voluntad es la que principalmente está atacada. Esta es la que sufre las aberraciones que constituyen la alteración fundamental del género morboso que examinamos al presente.

En los sujetos que veremos ulteriormente, esta condición de las fuerzas impulsivas volveremos á encontrarla bajo otras formas, con otros resultados, pero siempre conservando el carácter extravagante, irreflexivo, no razonado ni apasionado, que hemos dicho es el síntoma fundamental de la esquizofrenia patogénica de la locura.

Ciertos locos son tan rebeldes que no puede formarse una idea cuando no se les ha tratado de cerca. ®

Son necesarios los mayores esfuerzos para hacerles consentir en que cambien de ropas.

Rehusan acostarse en su cama, y se tienden en el suelo, sobre el pavimento.

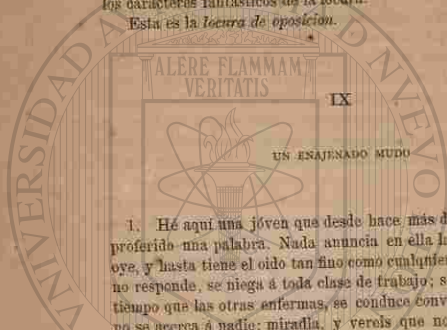
No quieren lavarse.

Se exponen con la cabeza desnuda á una lluvia violenta.

Son opuestos á todo lo que se les manda hacer. Frecuentemente esta oposicion se hace notar como un epifenómeno de la melancolía.

Tambien á veces constituye un síntoma aislado, teniendo todos los caracteres fantásticos de la locura.

Esta es la *locura de oposicion*.



1. Hé aqui una jóven que desde hace más de cinco años no ha proferido una palabra. Nada anuncia en ella la imbecilidad. Ella oye, y hasta tiene el oido tan fino como cualquier otra persona; pero no responde, se niega á toda clase de trabajo; se levanta al mismo tiempo que las otras enfermas, se conduce convenientemente, pero no se acerca á nadie; miradla, y vereis que no presenta nada de anormal en su semblante ni en sus actos. Sus facciones son regulares, pero su fisonomía permanece impassible, cualesquiera que sean las circunstancias en que se encuentre. Es indiferente á las querellas que pueden originarse entre sus compañeras, lo mismo que á la alegría que estalle á su alrededor. Hé ahí un fenómeno que indica un desórden profundo.

2. Los mudos constituyen un tipo de enajenados muy notable. El célebre Pinel los conoció cuando dijo: que los enajenados permanecen encerrados en un silencio obstinado de muchos años, sin dejar penetrar el secreto de sus pensamientos.

En este mutismo, la expresion de los ojos está frecuentemente llena de inteligencia; los enfermos escriben cartas muy sensatas, y que no dejan sospechar en modo alguno su estado de locura.

Una jóven fué recibida en este establecimiento; en dos años no había hablado una sola palabra. Hace cinco ó seis días la permití pasearse por la poblacion; fué á casa de una conocida suya, y en la conversacion se expresó tan bien, que esta persona vino al siguiente día á solicitar la salida de la enajenada; de tal modo había demos-

trado rectitud en el juicio. Comprenderéis que yo no accedí á esta demanda.

3. Os citaré otro hecho, no ménos notable, que prueba que el mutismo no es en modo alguno una incapacidad intelectual, sino un capricho, una fantasía morbosa.

Una de nuestras enajenadas se obstinaba hacia más de tres años en no hablar; á consecuencia de rehusar la comida, se había declarado lentamente en ella un estado de marasmo. La hermana Silvia, directora del establecimiento, que la cuidaba, la dijo: callareis, si así os conviene, pero no vivireis mucho tiempo si persistís en no querer hablar; llamadme cuando sintáis que se aproxima la muerte. Y, en efecto; poco tiempo despues, enmedio de la noche, despertó á esta hermana, que dormía en su cuarto, y la dijo: Venid, venid, porque voy morir. Algunos minutos más tarde espiró.

4. No es posible imaginarse durante cuánto tiempo pueden persistir, los enfermos que pertenecen á este tipo morboso, en la obstinacion de no hablar.

5. El mutismo frenopático presenta diferentes variedades.

Yo le he visto suceder frecuentemente á un largo período de incubacion, caracterizado por la tristeza.

Puede ser la continuacion de una locura de oposicion.

Esta última puede reemplazarla.

Yo la he encontrado á veces como síntoma transitorio de un conjunto de otros fenómenos.

La he observado tambien como tipo de una monomanía que llamaré *mutomonofolia*.

6. Además hay que establecer importantes distinciones respecto de esta vesania.

a. En el extasis incompleto, el enfermo está en la imposibilidad de hablar.

En los casos de sobrecogimiento, se observa á veces la abolicion de la palabra.

b. Yo he conocido hombres que, despues de una fiebre tifoidea, han sido atacados de una imposibilidad de hablar.

c. En la melancolía se encuentran frecuentemente enfermos que no hablan absolutamente, que no responden á las preguntas que se les dirige.

Pero estos casos no indican la *obstinacion* que el enfermo pone en no querer hablar.

En la melancolía, la repugnancia á hablar obedece á un sentimiento general; en el mutismo, es debido á un estado especial de la voluntad.

d. Algunas veces es difícil distinguir el mutismo frenopático del sordo-mutismo, en la carencia de todo dato sobre los antecedentes del enfermo. Pero el estado del sentido del oído viene á ilustrar al práctico. Es verdad que, en ciertos casos, los enajenados que rehúsan hablar aparentan también en su semblante no oír. El mutismo es real cuando el sujeto es un idiota, lo que sucede más de una vez. Los gestos os harán adquirir esta certidumbre.

8. Un carácter taciturno y silencioso, constituye frecuentemente el fenómeno precursor de ciertas frenopatías. Es uno de los indicios que anuncian la predisposición á estas afecciones, y en este caso se encuentra asociado más de una vez á una extremada oposición de carácter, á una obstinación exagerada. He encontrado algunas veces el mutismo como un síntoma satélite de la epilepsia.

Yo creo poder hacerlos ver aquí incidentalmente algunas observaciones sobre el mutismo congénito, que complica á veces la enajenación mental y puede hacer el diagnóstico más ó menos oscuro. En general, los sordo-mudos de nacimiento tienen una vivacidad de carácter y pasiones tan violentas, que pueden hacer nacer la idea de un estado de manía y ser el pretexto de un secuestro ilegal. Yo confieso que, en lo que á esto se refiere, me he encontrado á veces en la duda. Lo que puede contribuir poderosamente á hacer más difícil el descubrimiento de la verdad, es la circunstancia de que el enfermo objeto del examen sea una joven llegada á la época de la pubertad. Entónces las pasiones genésicas pueden presentarse con una expresión de exigencia tanto mayor cuanto más comprimidas habrán sido.

En estos casos, la puerilidad, la extravagancia en los gestos y en los actos, serán, en los sujetos jóvenes, los caracteres de la imbecilidad, mientras que la periodicidad de los fenómenos, un estado paroxísmático, designarán más bien el uno ó el otro estado de la manía. El pulso, más ó menos frecuente, merece ser tomado en consideración; la irregularidad, la ausencia de sueño, no serán menos dignas de atención en las situaciones dudosas. El diagnóstico no presenta apenas dificultades cuando la enfermedad se presenta bajo formas exageradas. No sucede lo mismo cuando la manía, la imbecilidad, la locura, no están, por decirlo así, más que en estado rud-

mentario. Entónces es cuando la sagacidad del médico práctico encuentra una excelente ocasión de ejercerse.

UN ENAJENADO AVANZADO

1. Aquella persona que está allí tranquilamente sentada, rehúsa hacer muchas semanas todo alimento. En su mirada, en su aspecto, no hay nada que anuncie la exaltación, la animación; nada indica una debilidad en la energía intelectual; pero la enferma no responde á las preguntas que se le hacen más que por monosílabos, desvía la cabeza desde que se le dirige la palabra. Se la hace tragar por fuerza la comida. Ella no huye de los que están encargados de esta operación; no los separa, no los evita, no se enfada tampoco cuando se emplean medios violentos. Parece que esta enferma esté bajo el poder de una concepción misteriosa, tiene toda la resignación de un mártir. Sus funciones son regulares, su ojo no está empapado, las conjuntivas tienen un tinte azulado bastante pronunciado, el colorido tiene un tinte vinoso, el aliento exhala un olor repugnante, el pulso es casi normal, la piel está fría al tacto...

2. La negativa á comer es un síntoma que se presenta frecuentemente en la enajenación mental. Es, por decirlo así, una variedad de las precedentes formas de la oposición y de la negativa á hablar.

La negativa á comer es en todos los casos un indicio grave. Conduce á muchos enajenados á la tumba, haciendo nacer una afección especial, la cual, como ya lo he demostrado, es una afección pulmonar que se refiere á la alteración general de la sangre.

3. La negativa á comer puede durar muchos meses cuando se tiene cuidado de alimentar convenientemente al enfermo.

He visto enajenados que no han ingerido más que un poco de agua de cuando en cuando, y esto durante el curso de muchas semanas.

He observado una abstinencia completa de alimentos en el espacio de 50 días.

No es posible concebir la inmensa dificultad que se encuentra en hacer llegar alimentos al estómago de estos enajenados ayunadores.

4. Sólo una vez he encontrado la negativa á comer en el estado

de *monosifobia* completa, fuera de toda combinación con otros síntomas de enajenación. Se trataba de una persona joven que, á consecuencia de una causa moral, de una herida hecha á su amor propio, mostró una repugnancia invencible hacia toda clase de alimentos; este estado degeneró en anorexia completa á comer, y acabó por presentarse bajo la forma de una enajenación mental parcial. Es uno de los casos más curiosos que he observado en mi vida.

Durante largo tiempo el estado de esta enferma fué considerado como la consecuencia de una afección del estómago, como una anorexia.

Su obstinación invencible á no querer ingerir ningún alimento, su adelgazamiento progresivo, hicieron por fin abrir los ojos á sus parientes, y el sujeto me fué recomendado. El éxito de un tratamiento moral enérgicamente instituido, á consecuencia del cual este sujeto salió curado del establecimiento, atestiguó la justicia del diagnóstico hecho.

5. Por largo tiempo se ha estado en un error relativamente á la patogenia de esta manifestación morbosa, que se ha atribuido siempre á una idea morbosa dominante, tal como la idea de querer suicidarse ó la de ser envenenado.

Si hay situaciones en que el enfermo se niega á tomar cualquier alimento, hay otras en que al ayuno se presenta como una impulsión insólita. Diré más; no debe olvidarse en este fenómeno morboso la condición especial de las vísceras, del estómago y de todo el tubo digestivo.

Muchos enfermos ayunadores, desde las primeras tentativas hechas para determinarlos á tomar alimentos, os dicen:

«Yo no puedo comer, yo no sabría... el alimento no pasa... se me atraganta... no avanza...»

Yo tendré más tarde ocasión de exponeros los motivos que me hacen creer que en la obstinación á no comer, el octavo par de nervios se encuentra, según todas las probabilidades, en condiciones morbosas especiales.

6. Esta veanía rara vez es, pues, una afección simple.

Generalmente se presenta aquí como un estado sintomático complejo.

Se combina con otras formas elementales, con la melancolía, constituyendo así una asociación completamente especial, como ya he dicho al hablar de la tristeza morbosa.

La sitofobia no es frecuentemente más que un síntoma transitorio que se manifiesta en el curso de otra enfermedad mental.

7. La negativa á ingerir alimentos se trasmite algunas veces, por imitación, á muchos enajenados de un mismo establecimiento. Este es un fenómeno que ya he podido observar aquí diferentes veces.

8. Tan pronto la negativa á comer alterna con un apetito voraz, tan pronto cesa al cabo de algunos días para reaparecer más tarde.

Algunas veces no reaparece más.

Es, sin embargo, muy frecuente ver continuarse la obstinación de que tratamos.

Si no se consigue nutrir suficientemente al enfermo, se declara un enfraquecimiento general. Más tarde veremos qué órganos se afectan más particularmente bajo la influencia de la abstinencia de alimentos.

9. Sucede que la sitofobia cesa algunos días ó algunas horas antes de la muerte, cuando el marasmo es ya tan avanzado que no es posible esperar la curación. He visto más de una vez enfermos pedir de comer cuando ya había comenzado la agonía.

Se ha descrito una manía *hidrofóbica*; nunca he visto un caso parecido. He observado, ciertamente, muchos enfermos que rehusaban al mismo tiempo comer y beber; pero nunca he encontrado aisladamente la obstinación en rehusar toda bebida.

He visto á veces enajenados que tenían el capricho de retener las heces fecales.

Por el ascendiente de su voluntad se oponen á toda evacuación alvina, y en esta circunstancia nada más sorprendente que el imperio de la voluntad sobre el intestino.

Esta forma morbosa constituye una modificación de la locura de resistencia ó de terquedad.

Nace generalmente de la melancolía, ó bien es su asociada.

Los enfermos atacados de esta vesania tienen ordinariamente un tinte lívido. Se les encuentra lo más frecuentemente de pié, respondiendo apenas á las preguntas que se les dirige.

Muchos enajenados muestran gustos insólitos, por ejemplo, el de manosear ó comorse las devociones.

Tenemos aquí locos *emborrutadores* que, si no se les impidiera, no se separarían más que en emborronar las paredes y en dibujar figuras grotescas.

1. Hay monomaniacos *encontradores* ó *guardadores* que todo lo esconden. El pequeño armario que amuebla su cuarto está lleno de objetos. Esconden hasta en sus colchones y en sus bolsillos. Guardan pedacitos de tela, zoquetes de pan, botones, cosas sin ningún valor, que son objeto de su codicia.
2. Hemos visto que hay una manía del robo; ésta se parece al robo criminal. Pero hay también un robo caprichoso, una *locura del robo*, una *cleptofolia*.
3. La *cleptofolia* se presenta ordinariamente como elemento de asociación ó como fenómeno transitorio en las enajenaciones con exaltación de las pasiones. Sucede frecuentemente á la manía del robo, y se la encuentra más de una vez bajo esta forma en el curso de las manías.
4. La *cleptofolia* caracteriza también la debilitación ó la obliteración de las facultades intelectuales; se la encuentra como epifenómeno en la demencia, en el idiotismo y en las convulsiones epilépticas.
5. Esta forma morbosa no se observa nunca ni en la melancolía ni en el éxtasis.

XIV

Aquí viene un enajenado que no cesa de cavar la tierra del jardín. Yo he inscrito su enfermedad con el nombre de *talpafolia*; su acción, en efecto, se parece al trabajo del topo. No es ésta la primera vez que yo observo este fenómeno.

Todos los actos de los hombres pueden llevar en la enajenación mental la expresión de un carácter caprichoso.

Así, hay enajenados que tienen la extravagancia de mirar al sol de frente.

Otros quieren colocarse siempre en el mismo sitio, sobre una piedra azul, sobre una piedra blanca, etc.

Hay aquí enajenados que se lavan continuamente la cabeza.

Tenemos otros que no quieren lavarse.

Otros tienen también el capricho de descubrirse en el patio, de guardar el sombrero á la gorra en las salas.

Otros, en fin, simulan con los dedos el acto de hilar.

XV

EXÁMEN HECHO EN ALGUNOS ENFERMOS HABLADORES

Tenemos locos *oradores*,

declamadores,

monologuistas,

dialoguistas.

Algunos afectan hablar idiomas que no conocen.

Hay algunos de estos casos que parecen confundirse con una de las formas de tartamudez. Así, he encontrado un colega que, en medio de casi todas las frases, repite dos veces las últimas sílabas de una palabra que acaba de pronunciar, disminuyéndole cada vez algunas letras y bajando el tono de la voz. En esta forma: es una especie de oscilación, vibración, bración, acción, inconsciente, solente, etc.

Otros repiten dos veces las frases que declaman.

M. Foville refiere que ha visto en la Salpêtrière una jóven que no podía decir nada sin repetirlo inmediatamente despues en los

mismos términos. Después de preguntarse si este fenómeno era debido á que la acción de los dos hemisferios no se produca simultáneamente, M. Foville añade que ha conocido un enfermo que repetía tres veces la misma cosa.

He encontrado también enfermos que repetían siempre dos veces la misma frase, y me parece haber observado la repetición de tres vocalizaciones.

Hay enajenados *gritadores*.

chillones.

Los hay que imitan el canto de los pájaros,
que maullan como los gatos,
que ladran como los perros.

En ciertas épocas, ya muy lejanas, se ha comprobado el origen epidémico de estas especies de locura. Últimamente también se anunciaba en una comarca de Alemania una epidemia de enfermos precipitados.

Estas afecciones tienen muy frecuentemente una gran afinidad con el histerismo; también constituyen enfermedades de transición, estados mixtos, por una parte frenopatías y por otra subconvulsiones.

Se observan en los dos sexos; sin embargo, se ven más frecuentemente en las mujeres que en los hombres; yo las he encontrado a menudo en relación con un estado especial de los órganos genitales. Las solteras mal regladas, las mujeres que no tienen hijos, las que están en la edad crítica. Las solteras delgadas, morenas, nerviosas, son las particularmente atacadas.

Hay casos en que se hace difícil decir si la enfermedad pertenece á las enajenaciones, ó si es exclusivamente una neurósis. He visto una soltera joven dominada por una continua necesidad de estornudar; en otra enferma era un bostezo incesante.

El otro día fui consultado por una señora que ofrecía el singular fenómeno de un continuo llorido, que no era, en realidad, más que una especie de hipo. Estaba en la edad de la menopausia, era de una constitución vigorosa sanguínea, y no había tenido hijos. Desde el salón donde se encontraba la paciente hasta mi biblioteca (y la distancia es bastante grande), se oían sus lloridos. Este estado ha sido luego reemplazado por una tos incómoda; en todo el curso de esta enfermedad no se ha observado en ella más que una propensión á la tristeza y temores hipocondríacos.

Esta afección, que yo considero como de naturaleza mixta, ha sido denominada *cinantropía* por los antiguos.

Esquirol dice: «Un gran señor de la corte de Luis XVI experimentaba á cada instante la necesidad de ladrar; sacaba su cabeza á través de las ventanas para satisfacer esta necesidad.» El célebre alienista añade: «Dom Calmet refirió que en un convento de Alemania los religiosos se creyeron convertidos en gatos, y que á una hora fija del día recorrían todo el convento maullando á cual mejor.»

XVI

EXÁMEN DE ALGUNOS ENAJENADOS Gesticuladores

Algunas veces la locura constituye casi una variedad del corea.

1. Os presento algunos sujetos que ejecutan sin cesar los movimientos más extravagantes con la boca, con la lengua y con la cara; yo denomino á estos enajenados los *gesticuladores*. Esta es la *mimofolia*. El enajenado que está á yuestra derecha constituye un sorprendente ejemplo; desde hace cuatro años que está aquí, no cesa de ejecutar una contracción caprichosa de los músculos de la mejilla izquierda.

Hay enajenados que se mantienen continuamente de pié; otros conservan una actitud encogida. En vano se les ofrece una silla, un sillón, un banco; no consienten en sentarse, y prefieren ir á colocarse, inmóviles como estatuas, en uno de los ángulos de una habitación, de una sala.

Se encuentra en este establecimiento una joven que desde hace ocho meses no ha abierto los párpados.

2. El *automatismo fantástico* es frecuentemente el preludio ó el compañero de la demencia.

Quando en el curso de una manía ó de una locura las funciones intelectuales sufren insensiblemente una sustracción de energía; cuando hay una progresión hacia la demencia, se observa a menudo una excitación enteramente especial en la marcha, en el gesto, en ciertos actos; estos actos, estos gestos, se presentan bajo una forma automática. Hay realmente un antagonismo entre lo que se ha llamado desde hace algún tiempo los actos instintivos y los actos inte-

lecturales; á medida que estos últimos declinan, vemos exaltarse los primeros.

Entonces es cuando observamos, sobre todo, el balanceo del cuerpo, el acto de hilar, una especie de carfología, el capricho de poner-se en cueros, etc.

Los locos presentan los fenómenos del histerismo, del corea, de la catalepsia, de la epilepsia.

Sin embargo, la epilepsia pertenece más particularmente á la manía que á la locura; es bastante raro observarla en esta última. La locura tiene más relación con la melancolía, que no admite combinación con la epilepsia.

La mayor parte de estas situaciones se colocan, por lo tanto, entre las locuras compuestas; son frecuentemente fenómenos transitorios, secundarios y terciarios en el curso de una manía.

Puede consultarse para el estudio de los fenómenos de la locura:

- 1 Wier: *De prestigii demonum et incantationibus*, 1800.
- 2 Hebenstreit: *Dissertatio de homicidio delirante*, 1723.
- 3 Esquirol: *Dictionnaire des sciences médic.: des Maladies mentales*, 1838.
- 4 Georget: *Dissertation médico-légale sur la folie*, 1825.
- 5 Hoffbauer: *Médecine légale relative aux aliénés*, Traducido por Chambeiron, 1827.
- 6 Groos: *De Mania sine delirio*.
- 7 Fedère: *Essai médico-légal sur les diverses espèces de folie*, 1832.
- 8 Léuret: *Éragments psychologiques*, 1834.
- 9 Pritchard: *On Insanity*, 1835-1840.
- 10 Cannaert: *Hydrogen tot de kennis van het onde Strafrecht in Vlaanderen*, 1835.
- 11 Sé. Pinel: *Traité complet du régime sanitaire des aliénés*, 1836.
- 12 Jacobi: *Einige Beobachtungen über Stehlucht*. *Zeitschrift von Nassau und Jacobi*, 1838.
- 13 Foville: *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratique*. Art. Aliénation.
- 14 Tissot: *De la manie du suicide et de l'esprit de révolte*, 1840.
- 15 Marc: *De la folie*, 1840.
- 16 Calmeil: *De la Folie*, 1845.

- 17 Botex: *De la Médecine légale des aliénés*. — *Monomanie suicide*. — *Annales médico-psychologiques*.
- 18 Bonnet: *Considérations médico-légales sur la monomanie homicide*.
- 19 Monti: *Della monomania instintiva*.
- 20 Aubanel: *Considérations médico-légales sur quelques cas de folie homicide*. — *Annales médico-psychologiques*, 1845, 1846, 1847, 1849.
- 21 Pressat: *De la monomanie homicide chez les aliénés*. — *Annales médico-psychologiques*.
- 22 Briere de Boismont: *Observations médico-légales sur la monomanie homicide*, 1828.
 - *Sur le suicide*. — *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*.
 - *Sur l'enfer*. — *Ann. médico-psych.*, 1850.
- 23 Estoc Demazy: *Sur la folie dans la production du suicide*. — *Annales médico-psychologiques*.
- 24 Baillarger: *Considérations sur la monomanie*. — *Ann. médico-psych.*
 - *De l'influence de l'état intermédiaire à la veille et au sommeil sur la production et la marche des hallucinations*, 1842.
- 25 Perelsa: *Sur la monomanie homicide*. — *Ann. médic. psych.*, 1848.
- 26 Girard: *Cleptomanie*. — *Ann. médico-psych.*
- 27 Edward Daniel: *Impulsive Insanity*.
- 28 Lunier: *Affaire du sargent Bertrand*. — *Ann. médico-psych.*
- 29 Lacour: *Rapport sur l'examen médico-légal des faits relatifs au procès criminel de Jehard*, 1853.
- 30 Morel: *Rapport médico-légal sur l'état mental d'un aliéné homicide*, 1853.
 - *Maladies mentales*, t. 1.
- 31 Guislain: *Rapport médico-légal sur les faits relatifs au meurtre du Dr. Tactroq*, 1853.
- 32 Damerow: *Sefeloge. Eine Wahnsinnstudie*, 1854.
- 33 Jacobi: *Reiner Stockhausen*, 1855.
- 34 Delisleauve: *Des pseudo-monomanies ou folies partielles diffuses*. — *Annales médico-psychologiques*, 1859.
- 35 Boileau de Castellan: *Des maladies du sens moral*. — *Annales médico-psychologiques*, 1860.
- 36 Bonnet: *De la folie homicide transitoire*. — *Ann. médico-psych.*, 1862.
- 37 Casper: *Traité pratique de médecine légale*. Traducido de G. Gormer Baillieu, 1862.
- 38 Legrand du Saule: *La folie devant les tribunaux*, 1864.
- 39 Williams: *Remarks on the refusal of food*. — *Journal of mental science*, 1861.
- 40 Von Kraft-Ebing: *Die Lehre der mania transitoria*, 1865.

- 40 Von Krafft-Ebing: *Die Lehre von den moralischen Wahnsin.*—Friedreich's *Blätter*.
— *Ueber Geistesstörungen durch Zwangsstellungen.*—*Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie*, 1871-1878.
- 41 B. C. Ingels: *Recherches statistiques*, 1864-1872.
- 42 Willcutt: *Die Physiologischen Grenzen der Willensfreiheit.*—*Vierteljahrsschrift für Psychiatrie*, 1868.
- 43 Kahlbaum: *Klinische Abhandlungen.*—*Die Katastrophe*, 1869.
- 44 Fielding-Blandford: *Incoherence without delusions.*—*Journ. of mental science*, 1869.
- 45 Tardieu: *Etude médico-legal sur la folie*, 1873.
- 46 Meschede: *Zur Pathologie und pathologischen Anatomie der Pyromanie.*—*Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie*, 1873.
- 47 Bucknill: *Psychological medicine*, 1873.
- 48 Dagonet: *Nouveau traité des maladies mentales*, Art. *Folie impulsive*, 1876.
- 49 Dagonet: *Des impulsions et des folies impulsives.*—*Annales médico-psychologiques*, 1870.—*Ann. médico-psych.*, 1873.—*Discussion sur l'épilepsie larvée*.
- 50 Pournié: *Physiologie du système nerveux cérébro-spinal*, 1872.
- 51 Schüle: *Handbuch der Geisteskrankheiten*, 1878.

LECCION DUODÉCIMA

DEL DELIRIO Ó DESÓRDEN DE LAS IDEAS

DE LAS DIFERENTES ESPECIES DE DELIRIO

1. Os he mostrado la sensibilidad moral dolorosamente afectada. Os he dado á conocer la enfermedad de las pasiones.

He explicado las perturbaciones patológicas de la voluntad.

Vamos á ocuparnos ahora de las ideas morbosas, del delirio.

2. El delirio, que yo definiré diciendo que es una aberración notable de la razon, es un error en las concepciones, un desórden en las ideas que el paciente no puede ni combatir ni hacer cesar; un estado siempre crónico, en el cual el enfermo considera como realidades los fantasmas de su imaginación.

El delio es *general* cuando se refiere á un desórden general de las ideas.

Es *especial* siempre que es relativo á ciertas ideas aisladas. Constituye entonces un *monodelirio*, un delirio monofrénico.

Para un observador atento, hay dos especies de delirio: uno *esencial*, franco, constituyendo un desórden absolutamente aislado.

El otro *sintomático*, secundario, terciario, originándose al mismo tiempo que otros desórdenes y desvaneciéndose con ellos. Los enajenados anhelosos, los maniacos convulsivos, los locos que se imaginan ser perseguidos por enemigos, persisten en su enajenación mientras duran la opresión, la agitacion ó el estado convulsivo; el desórden en las ideas cesa desde el momento en que desaparecen los otros síntomas.

- 40 Von Krafft-Ebing: *Die Lehre von den moralischen Wahnsinn*.—Friedreich's *Blätter*.
— *Ueber Geistesstörungen durch Zwangsstellungen*.—*Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie*, 1871-1878.
- 41 B. C. Ingels: *Recherches statistiques*, 1864-1872.
- 42 Willcutt: *Die Physiologischen Grenzen der Willensfreiheit*.—*Vierteljahrsschrift für Psychiatrie*, 1868.
- 43 Kahlbaum: *Klinische Abhandlungen*.—*Die Katastrophe*, 1869.
- 44 Fielding-Blandford: *Incoherence without delusions*.—*Journ. of mental science*, 1869.
- 45 Tardieu: *Etude médico-legal sur la folie*, 1873.
- 46 Meschede: *Zur Pathologie und pathologischen Anatomie der Pyromanie*.—*Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie*, 1873.
- 47 Bucknill: *Psychological medicine*, 1873.
- 48 Dagonet: *Nouveau traité des maladies mentales*. Art. *Folie impulsive*, 1876.
- 49 Dagonet: *Des impulsions et des folies impulsives*.—*Annales médico-psychologiques*, 1870.—*Ann. médico-psych.*, 1873.—*Discussion sur l'épilepsie larvée*.
- 50 Pournié: *Physiologie du système nerveux cérébro-spinal*, 1872.
- 51 Schüle: *Handbuch der Geisteskrankheiten*, 1878.

LECCION DUODÉCIMA

DEL DELIRIO Ó DESÓRDEN DE LAS IDEAS

DE LAS DIFERENTES ESPECIES DE DELIRIO

1. Os he mostrado la sensibilidad moral dolorosamente afectada. Os he dado á conocer la enfermedad de las pasiones.

He explicado las perturbaciones patológicas de la voluntad.

Vamos á ocuparnos ahora de las ideas morbosas, del delirio.

2. El delirio, que yo definiré diciendo que es una aberración notable de la razon, es un error en las concepciones, un desórden en las ideas que el paciente no puede ni combatir ni hacer cesar; un estado siempre crónico, en el cual el enfermo considera como realidades los fantasmas de su imaginación.

El delio es *general* cuando se refiere á un desórden general de las ideas.

Es *especial* siempre que es relativo á ciertas ideas aisladas. Constituye entonces un *monodelirio*, un delirio monofrénico.

Para un observador atento, hay dos especies de delirio: uno *esencial*, franco, constituyendo un desórden absolutamente aislado.

El otro *sintomático*, secundario, terciario, originándose al mismo tiempo que otros desórdenes y desvaneciéndose con ellos. Los enajenados anhelosos, los maniacos convulsionarios, los locos que se imaginan ser perseguidos por enemigos, persisten en su enajenación mientras duran la opresión, la agitacion ó el estado convulsivo; el desórden en las ideas cesa desde el momento en que desaparecen los otros síntomas.

Puede decirse que es muy raro encontrar una idea morbosa tan aislada é independiente que no presente ninguna relación con otras alteraciones elementales. Lo más frecuente es que el delirio de las ideas tenga súditos, y en la inmensa mayoría de los casos las ideas delirantes son inseparables de otras lesiones funcionales. Así es que el delirio es más de una vez una frenopatía compuesta, en la cual se encuentra sea la melancolía, sea la manía, sea la locura. Todas estas manifestaciones que hemos visto hasta aquí, pueden tener por elementos morbosos congéneres una ó muchas ideas delirantes.

3. En el delirio especial, los enfermos conservan más ó ménos la apariencia y el gesto del hombre normal.

Frecuentemente tienen la memoria intacta. Saben contar y calcular.

Aprecian lo que es justo y lo que es injusto. Juzgan de los acontecimientos.

Pueden conducirse convenientemente hasta cierto punto en sociedad, y algunas veces hasta administrar sus haciendas.

Lo más generalmente, los enajenados delirantes no tienen conciencia de su estado. Consideran sus desvaríos como realidades, y creen en ellos con una entera convicción.

Imposibilidad en hacerles cambiar de opinión, en hacerles comprender que sus concepciones són delirantes: tal es, propiamente hablando, el carácter más notable del delirio.

Ya lo he dicho: hay situaciones en que la razón, la imaginación, produce errores, y en que el enfermo siente que es el juguete de una fantasmagoría intelectual. Este estado no es el delirio. Hay situaciones que podrían llamarse *delirio con conciencia*, *delirio sin delirio*. Ya son pensamientos que se manifiestan, ya voces que se oyen, ya visiones que se reproducen sin cesar, ya revelaciones terribles que el enfermo sabe apreciar, sin embargo, convenientemente. Estos pensamientos dice que le acosan siempre: «Apénas estoy un momento sólo, vuelven á mortificarme; yo no puedo impedirlo, pero conozco perfectamente bien que estas concepciones no son naturales; yo no puedo defenderme de ellas; quisiera que desaparecieran; me fatigan, me inquietan, me hacen creer que voy á perder la razón». He aquí el lenguaje que me hacía oír hace pocos días un sujeto que posee sus facultades intelectuales íntegras.

Otra persona, impresionable como la primera, y muy nerviosa, se encuentra bajo el imperio de una percepción no ménos singular;

á su entender, su cabeza se dilata enormemente hasta el punto de llenar la habitación en que se encuentra y no permitirle salir de ella. Dando la relación de esta impresión tan extraña, este sujeto, que tiene el juicio lo más normal y perfecto de todas sus facultades, se da tan bien cuenta de este estado, que no vuelve de su asombro cada vez que habla de ello.

Yo he sido testigo por espacio de muchos años de los efectos producidos por las apariciones más extravagantes que experimentaba una señora de edad muy avanzada, dotada, por lo demás, de toda la plenitud de su razón. De pronto se le presentaban figuras de hombres perfectamente claras y con el aspecto más natural; ella les veía con los codos apoyados sobre la mesa, junto á la cual se encontraba sentada. La vez primera que se le manifestó esta visión, se inmóvil extraordinariamente y dijo que iba á perder la razón. Pero bien pronto se habituó completamente á este estado, que duró más de 10 años, pero sin ser permanente; cesaba y reaparecía de tiempo en tiempo, sobre todo cuando esta señora experimentaba alguna astringencia de vientre; entonces provocaba ordinariamente en la enferma pérdida del apetito y cierta debilidad en el pulso.

Estas imágenes no representaban siempre los mismos objetos: eran á veces mujeres que llevaban ricos adornos, ó bien eran niños, ramilletes, trajes hermosos ó figuras confusas. Otras veces veía hombres de tamaño natural que entraban en su cuarto, ó bien bustos de hombres cuyo aspecto no tenía nada de repugnante, y que se le aparecían fijos é inmóviles.

Estas situaciones no pertenecen en modo alguno á la enajenación mental, ni constituyen el delirio. En este último el sujeto ha perdido el sentido de la reflexión, por lo ménos en lo que concierne á las ideas delirantes; el yo, considerado como principio de inteligencia reflexiva, está ausente, ó, para hablar con más exactitud, en estado de confusión.

El individuo puede comprender, puede razonar, y, sin embargo, no comprende ni razona su propia posición de enajenado. Entónces cesa en cierto modo de estar prevenido contra las ideas morbosas. En esta sentido, el yo está apartado; las falsas concepciones se manifiestan sin su participación, mientras que, en el delirio con conciencia, el sujeto recibe una advertencia que le conduce á una apreciación, á una deliberación, á una conclusión.

(En su trabajo sobre el *Delirio de las sensaciones*, el Dr. Michéa

da á este estado intelectual el nombre de *delirio perceptivo*. Refiere toda una serie de hechos tomados de las mejores fuentes, y que confirman lo que os acabo de decir.)

Quando el delirio toma una forma de enajenacion parcial, puede turbar el sueño, pero no influye en modo alguno sobre las funciones nutritivas. Apenas si el pulso se encuentra un poco más acelerado que en el estado fisiológico. El apetito no sufre tampoco modificaciones importantes; las evacuaciones son normales.

Ved ahí la regla, á la cual se pueden oponer, no obstante, numerosas excepciones.

Por ejemplo, no es raro ver asociarse las concepciones delirantes á un desorden del estómago, á una falta de apetito, á náuseas ó á vómitos. La ingestión de los alimentos y de las bebidas, tiene algunas veces una influencia deceptiva sobre la manifestacion de las ideas enfermas. Lo mismo sucede con el estrepimiento.

Otro tanto puede decirse respecto al estado del hígado y de todo el sistema de la vena porta, así como del útero. Una indisposicion hemorroidal, la supresion del flujo ménstruo, el que se declara sobre todo en la edad crítica, pueden presentarse con una suma de importancia mayor ó menor en la historia del delirio.

Puede admitirse la division establecida por Esquirol. Esta autor clasifica todas las concepciones erróneas en dos categorías: la que él denomina ilusiones, y la otra á la cual le ha conservado el nombre de alucinaciones.

Quizás no sería imposible subdividir las unas y las otras. Así, pueden encontrarse facilmente en la primera familia tipos especiales.

Yo reconozco cuatro que llevan todos un carácter distinto.

I

El primero, un *delirio acusador*. Esta es la acusacion que ya vimos débilmente acentuada bajo la forma de un carácter melancólico ó de un descontento maniaco; pero más claramente formulada, mejor articulada, más intensamente individualizada que en el delirio propiamente dicho.

La afeccion de que se trata representa un *monodelirio acusador*.

ENAJENADOS ACUSADORES

Voy á dirigir la palabra á los enfermos que veis pasearse á vuestro lado, y que he hecho venir aquí con el fin de interrogarles...

1. El sujeto á quien hablo es un joven panadero, atacado de sordera hace muchos años; está enajenado, como veis, sin que hasta aquí se haya podido descubrir otra causa á su estado mental más que la sordera. Desde su entrada en este establecimiento ha demostrado una extrema desconfianza, y se ha podido observar en él una aberracion completa en cierto orden de ideas. Si ve que dos individuos hablan, se imagina que traman algun complot contra él; se dirige á ellos y les pega. Al principio esta manera de obrar le valió grandes represalias. Hoy, que nuestros enfermos han aprendido á conocerle, no se incomodan y le dejan hacer.

2. Muchos de estos enajenados hablan de medios ocultos que sus pretendidos enemigos usan.

Frecuentemente estos seres imaginarios obran á distancia; es la electricidad ó el magnetismo lo que tienen á su disposicion.

Un capitán, antiguo ayudante de campo de lord Byron, que habita en este establecimiento, y que hizo la guerra en Grecia, está convencido de que los enemigos de la isla de Ipsara trabajan en su espíritu por medio de una máquina que no define nunca; segun él, la hacen obrar para atormentarle y trastornarle la cabeza; dice él: «Si, señor, son esos bandidos de allá abajo que hacen andar la máquina...; ya sabeis, la máquina...» Y si le preguntais: ¿Pero qué máquina? Se sonrie maliciosamente, como queriendo decirnos: usted quiere tambien tenderme una asechanza.

3. Tenemos enfermos que anuncian con el acento de la más profunda convicción que el agua de las fuentes está envenenada, que se le ha puesto arsénico en todos los alimentos.

Parten de esta idea para abstenerse de tomar el menor alimento. No hay mala que les conyenza de lo contrario.

Aquí la negativa á comer es motivada; el enfermo rehúsa comer porque cree que quieren deshecharse de él. En la locura, por el contrario, esta negativa es un capricho de la voluntad. El paciente rehúsa comer sin saber por qué.

4. Hay otros enfermos que no ven más que espías en todas partes. Las facciones de estos enajenados se alteran, palidecen á la vista de otro enfermo ó de un guarda que se aproxima á ellos, y éñ el cual creen reconocer un traidor ó un asesino.

5. Esta especie de enfermedad constituye una forma de transición que une al delirio con la manía; el conjunto de este estado anuncia la excitación. En el delirio acusador simple el enajenado es mucho más tranquilo.

6. Este estado se anuncia con mucha frecuencia como una extravagancia del espíritu en la predisposición á las enfermedades mentales. Con relación á esto, se encuentran hombres desconfiados que, sin estar enajenados, creen siempre adivinar en los asuntos un mal fin, interpretándolo en mal sentido; no tienen confianza en nada, é imaginan siempre que todo el mundo quiere tenderles asechanzas.

7. Esta situación se encuentra también en los largos intervalos que separan los accesos maníacos. Se presenta asimismo entre los fenómenos precursores de una enajenación cualquiera.

8. Esta forma morbosa, que yo describí ya en 1852 en la primera edición de esta obra, ha sido estudiada detalladamente en estos últimos tiempos por M. J. Falret y después por los autores franceses bajo el nombre, quizás más exacto, ó por lo menos más fácil de comprender, de *delirio de persecución*. Esta frenopatía presenta en general un pronóstico bastante desfavorable, porque la mayor parte de las veces el delirio es ya completamente sistemático antes de hacerse aparente.

II

Yo clasifico en una segunda categoría de ilusionarios los que he llamado *inspirados*. Yo especifico su estado, designándoles con el nombre de

Monodirantes críticos,
— *religiosos,*
— *ambiciosos,*
— *hipocondríacos.*

A. Los actos eróticos son algunas veces acompañados de una alteración notable en las concepciones y en las ideas; esta alteración consiste en falsas interpretaciones, en pretendidos matrimonios, en la persuasión de haber tenido hijos, cuando esto no es cierto. Las mujeres que no han sido nunca casadas, que jamás han tenido hijos, hablan de su marido y de sus pequeños hijos; otros enfermos pretenden ser los padres de tales ó cuales jóvenes. Este es el *metromonodirio*.

B. En el *monodirio religioso* encontrareis las variedades de melancolía, de manía, de locura ya indicadas, pero expresadas por ideas delirantes.

1. El *teomono delirio*.
El *monodemono delirio*.

La *monodemonolatría*, cuando el enfermo se persuade que está en poder del inferno y que le rinde homenaje. Esta vesania, que ha llegado á ser muy rara hoy día, era antes, en los siglos XV y XVI sobre todo, muy frecuente, y afectaba a menudo la forma epidémica. Muchos desgraciados enajenados, acusados de haber vendido su alma al diablo, han perecido á manos del verdugo.

Yo no tengo en este momento ningún sujeto atacado de este delirio que poder someter á vuestro examen. Desde que ejerzo la medicina en estos establecimientos, no he encontrado más que tres ó cuatro casos de demonolatría.

Esta vesania presenta una *facies* por la cual se la puede reconocer casi desde el primer momento. El paciente tiene los ojos abiertos, fijos; el semblante expresa un carácter de exaltación mezclado con una profunda tristeza; sus mejillas están surcadas de arrugas lo más frecuentemente, en particular alrededor de la boca. Estos en-

fermos enflaquecen mucho y en poco tiempo; parecen experimentar una descomposición en la sangre, porque su color se vuelve amarillo, caquético; parecen mucho más viejos de lo que son en realidad; una mujer de 45 años aparenta 60 lo ménos.

M. Macario, en un trabajo inserto en los *Annales médico-psychologiques*, ha puesto perfectamente de relieve los caracteres distintivos de la monomanía demoníaca, en oposicion á los que pertenecen á la melancolía propiamente dicha; dicho autor se expresa del siguiente modo:

El melancólico está siempre taciturno, inmóvil y casi insensible al mundo exterior; su mirada es fija, dirigida hacia el suelo ó mirando á lo lejos; nunca la sonrisa viene á dibujarse en sus labios; sus extremidades están frías y lividas, faltas de movimiento; es, en una palabra, una estatua de carne y hueso.

El demoníaco, por el contrario, está siempre en movimiento; se diría que el fuego del infierno le agita y le impulsa; su mirada es movable, su charra inagotable, y, frecuentemente, es llena de injurias y de imprecaciones; algunas veces la sonrisa anima su fisonomía. Al contrario de lo que opina Esquirol, vierte lágrimas. Pero su mirada es la que ofrece sobre todo yo no sé qué de característico, y casi iba á decir de maldicioso.

Los demoníacos difícilmente se resuelven á cumplir sus deberes religiosos.

Oyen hablar con horror de la Santa Comunión.

Se afectan de movimientos espasmódicos, histéricos, convulsivos, cuando se les obliga á recurrir á las prácticas del culto.

La vista de un sacerdote, de un cuadro, de algun emblema de la religion, les inspira un pavor tal que casi á veces en un instante ó se apoderan de ellos las convulsiones.

Todas las tentativas de exorcismo ó de liberacion de esta situacion, no hacen más que aumentar su espanto por las ceremonias de la Iglesia y agravan su estado moral.

La enfermedad se presenta a menudo bajo la forma de crisis.

Entre los autores que han escrito sobre esta materia, los que es útil consultar sobre todo son: Wier, *De prestigis et incantationibus demonum*; Masd, *Opera omnia de demoniacis*, y, entre los modernos, la obra de M. Calmeil, *Sur les grandes epidémies de délire qui ont atteint les populations d'autrefois et rigué dans les monastères*.

Una Memoria de Esquirol sobre la demonomanía, y la obra de

Maro sobre la locura, contienen datos interesantísimos sobre este género de afecciones.

2. El delirio religioso comprende tambien los profetas; los iluminados, que creen tener una existencia celeste; los bienaventurados, llamados á reformar el género humano; los enajenados que se creen Dios.

Estas inspiraciones morbosas están reducidas la mayor parte de las veces á una suma de ilusiones más ó ménos limitada.

Notaréis que, examinando los enfermos que se encuentran aquí entre nosotros, es necesario excitarlos en el sentido de su delirio á fin de hacer resaltar sus concepciones delirantes. Ordinariamente razonan bastante bien sobre una multitud de asuntos, mientras no se toca el motivo de su delirio.

Es cierto que á veces el error que domina al enfermo reacciona sobre toda su individualidad y le da el carácter del personaje que crea su imaginacion. Yo puedo mostraros cartas escritas por un enajenado que, por su lenguaje y sus gestos representaba un profeta, tal como nos lo representan ordinariamente los artistas en la escena y los pintores en el lienzo. Nada más curioso que el estilo y la forma absolutamente bíblica de tales escritos. Desde la primera hasta la última línea, todo son alusiones misteriosas y signos cabalísticos mezclados con las letras alfabéticas.

C. En todas partes hay enajenados que se llaman reyes poderosos, hijos de reyes, hijos de reinas, maridos de reinas, etc.

E... cuyas cartas os leeré, es un obrero ebánista que siempre se ha hecho notar por sus hábitos muy devotos. Hace tres años estuvo en este establecimiento atacado de una melancolía religiosa.

Los últimos acontecimientos políticos y la falta de trabajo le han enajenado por segunda vez. Partió para París, y desde allí se trasladó á Lyon; despues de haber sufrido una gran miseria, volvió una mañana á casa de su tía completamente enajenado. Este pobre jóven se imaginaba ser el hijo de Napoleon y de María Luisa, y como tal se dirige en sus cartas á la nacion francesa, y de María Luisa, y como tal se dirige al embajador de Austria en París. Yo, hijo legítimo nacido el año 1811 de María Luisa, mi querida madre, Archiduquesa de Austria y Emperatriz de los franceses...

D. La hipocondría se revela á veces del mismo modo, por las concepciones más singulares relativas á la estructura del cuerpo y á la existencia de ciertas enfermedades. Hay aquí una enferma que

habla de comunicaciones que se encontrarían entre sus mejillas y su vientre; de pedazos de madera ó de hierro alojados en la parte anterior de su pecho; de niños que tiene en el estómago.

La enajenada que tenéis ante vosotros pretende que su garganta está cerrada, y que los alimentos pasan por una vía lateral.

Una mujer en la cual las reglas cesaron á la edad de 30 años, refiere una multitud de enfermedades á la región abdominal. Su vejiga está desgarrada, dice; está abierta en su vientre; los pedazos de este órgano han subido al pecho, y han salido de allí para ir á cubrir su cabeza.

Otros aseguran, con el tono de la más profunda convicción, que no han tenido eructaciones albinas desde hace más de seis meses, aunque se hayan efectuado regularmente todos los días.

Al mismo tiempo sostienen (y yo he encontrado este fenómeno en personas que su educación médica debía prevenirles contra tales aberraciones), sostienen, repito, que sus entrañas han sido arrancadas; que les es imposible comer, que los alimentos introducidos por la boca caen en un saco sin vida y no sufren ninguna digestión.

III

1. Hay una clase de delirantes ilusionarios, que llamaré los metamorfoscados.

EXÁMEN DE DIFERENTES TIPOS

2. Hé aquí un enfermo que se cree trasportado á una habitación que no es la en que realmente está.

3. En este otro existe una idea que le lleva á no admitir los días tales como están indicados en el calendario y reconocidas por todos los que le rodean. Este enfermo se obstina en no querer comer carne el miércoles, porque, según su cálculo, este día es el que su imaginación le dice ser viernes; otro día de la semana rehusa trabajar, porque aquel día es domingo para él.

4. Muchos enajenados creen reconocer en otras personas miembros de su familia, amigos ó conocidos. Con frecuencia llaman á

mujeres con nombres masculinos y á hombres con nombres femeninos. Les dan también nombres relativos á sexos imaginarios.

5. Otros dicen que son ricos, que poseen fortunas inmensas, fabulosas. Una joven enajenada se llega á mí y me dice: « ¿Quería saber, señor, una cosa extraña? La pieza de cinco francos que conservo en mi secreter, se multiplica; cuanto más dinero tomo, más dinero hay. Ayer había 10 piezas, hoy hay 15. Esto es tan verdad como os lo digo. » Y despues añade la enferma: « No sólo sucede esto con mi dinero, sino también con el delantal que llevo; es completamente nuevo; yo medí un metro de tela, y hé aquí que ahora mide metro y medio. »

Las ideas delirantes de esta especie no son muy raras; se presentan á mi observación más frecuentemente que de costumbre desde que fijó mi atención sobre este punto. Uno de nuestros enfermos cree que ha crecido considerablemente, se imagina que su cabeza va á tocar al techo; hay momentos en que teme que está muy cerca de llegar hasta las estrellas. Al andar por las calles, á medida que el sol se eleva en el espacio, cree que él se eleva con él; se imagina á la altura de los tejados.

Este otro enfermo asegura que en una noche ha crecido un pie. Pretende que se le han caído todos sus dientes y que le han salido otros nuevos mucho más blancos; que ya no tiene brazos ni piernas; que las piernas son de barro; que tiene animales en su vientre; que que no tiene vísceras, y todas sus tripas están convertidas en putrilago...

Una mujer pretende que su estómago se dilata desmesuradamente hasta convertirse en un verdadero globo. Sus brazos y sus piernas se extienden de una manera prodigiosa; dice que va á hendir los pies de la cama; que se alarga tanto que bien pronto no podrá pasar por la puerta.

M. Michéa habla de una joven enajenada de la Salpêtrière, que en un mismo cuarto de hora veía á M. Falret tan pronto de la talla de un gigante, como de las proporciones de un enano. ®

« Otra loca, dice este escritor, que yo veo habitualmente en mi establecimiento particular, me percibe en ciertos momentos tan alto, que mi cabeza toca á un techo muy elevado, mientras ella se cree del tamaño de una manzana. »

Las mujeres en quienes se encuentra particularmente esta especie de delirio, son las que están cerca de la edad crítica. Por lo

ménos, las personas del sexo femenino que se encuentran en esta situación me han presentado especialmente esta especie de delirio.

He dicho ya que tales fenómenos pueden manifestarse con una integridad de conciencia perfecta.

6. Un enajenado que acaba de ser reclamado por su Municipio, se anuncia como desposado con la reina de España. Nada más extraordinario que las razones que aduce para probar que está destinado á reinar en España; fuera de esta idea, este pobre hombre razona cuerdatamente sobre todo lo demas. Una extrema miseria ha cansado en él esta aberración, este monodelirio conyugal y ambicioso.

7. En este orden de vesanias viene á clasificarse la *zoantropía*, un delirio en el cual los enajenados se imaginan estar cambiados en bestias. Esta afección es la mayor parte de las veces una melancolía religiosa transformada, y pertenece especialmente á la *melancolía desesperatoria*.

En nuestros días, los zoantropios casi han desaparecido. Los escritores de los siglos VVI y XVII han dejado relatos muy notables.

Esta afección tiene una gran afinidad de origen con la demonolatría y la demonofobia.

IV

El cuarto grupo comprende los *alucinados*.

UNA SERIE DE ENFERMOS ATACADOS DE ALUCINACIONES.
EXÁMEN PRÁCTICO

Las respuestas de estos enfermos os facilitan el conocimiento de las singulares impresiones que les dominan.

Ya habréis notado que todos están tranquilos y casi no presentan el aspecto de la enajenación mental.

Desde largo tiempo se usa la palabra *alucinación* para indicar las enfermedades mentales, que consisten en un extravío de la imaginación, sin afectar todavía un sentido bien definido. Esquirol es el primero que ha creído deber precisarse este término, consagrándolo á designar las sensaciones reproducidas por la imaginación,

mientras que ha dado al nombre de *ilusiones* á las manifestaciones que se refieren al pensamiento desprendido de imágenes sensitivas (1).

En estos últimos tiempos se han ocupado mucho de estas enajenaciones. Se han escrito sobre este objeto volumenes ricos en hechos curiosos, que son debidos á las investigaciones de MM. Bayle, Pouljol, Calmeil, Ferrus, Bottes, Brière, Baillarger, Michéa.

El hombre que veis allí oye hablar día y noche; cree que son hombres que conversan con él.

Ha visto mujeres que pedían socorro á gritos, imaginándose que en una pieza vecina estaban ahogando á sus hijos.

Este enajenado que está delante de nosotros, pretende que se jura y se blasfema á su alrededor.

Un enajenado que salió curado del establecimiento, creía continuamente el canto del gallo.

Otro sólo oía sonar el toque fúnebre.

En tal otro son alucinaciones de la vista.

Hé aquí un enfermo que ve por la tarde entrar un hombre en su cuarto, empieza á hablar con él y á hacerle las proposiciones más horribles; él ve distintamente á este personaje y le oye hablar. No intentéis convencerle de su error, porque se enfadará muy seriamente.

Este otro que está allí, vecino del anterior, ve á los personajes de un cuadro abrir la boca y hablarle. Estas personas se desprenden del cuadro y se pasean por su habitación. Frecuentemente, en medio de la conversacion, este enajenado exclama sonriendo: vedlos, aún están allí.

Hay enfermos que creen ver al Cristo descender de la cruz, dirigirse á él y enseñarle sus llagas sangrientas.

Hay un género de alucinación en que los enajenados ven en todas partes llamas é incendios. Esta no es la manía ó la monomanía llamada incendiaria; es una verdadera *pirofobia* en la rigurosa acepción de la palabra, un horror al fuego. En los enfermos que he podido observar me ha parecido que esta enfermedad tiene un estre-

(1) Es fácil convencerse, leyendo las Memorias de Esquirol sobre las alucinaciones y las ilusiones, que las defniciones que da aquí Guistain no reproducen exactamente las ideas de Esquirol.—B. C. I.

cho parentesco con la demonofobia, de la cual quizás no es más que una modificación. La pirofobia es una afección rara; se asocia al suicidio y á otras variedades de impulsiones fantásticas.

Esta enajenación ha sido señalada por Laulsberg, quien en su artículo *Fourschlaucht* inserto en *Henke's Zeitschrift*, la ha designado con el nombre de *pyrothymia*.

En otros enajenados delirantes, son cuerpos ó figuras asombrosas lo que se les aparece rodeados de una especie de aureola.

Hay, en fin, enfermos, sobre todo los que se han entregado al uso abusivo de las bebidas, los cuales creen ver animales, ratones, ratas, insectos, arañas que andan por las cubiertas de su cama, por las paredes ó por los muebles. Estos enajenados ejecutan movimientos extravagantes á fin de alejar de su cuerpo tales animales, que no existen más que en su imaginación.

En casos poco frecuentes, los alucinados creen oler malos olores.

Es más raro aún que la alucinación se refiera al sentido del gusto y al del tacto. He aquí un ejemplo... Este enfermo cree que vienen á posarse sobre su cuerpo enjambres de insectos. Se diría que los coje con las manos y los mata... Observad sus gestos; nada más singular!

Hemos establecido estas distinciones, á fin de aligerar nuestra memoria y no fatigar nuestra inteligencia. Es de notar que estas variedades rara vez se encuentran en la naturaleza como las hemos descrito. Nosotros hemos tratado de extraer ó de generalizar. Pero, como ya os he dicho, estas formas no existen siempre en ese estado de aislamiento en que las hemos descrito.

Así es que las alucinaciones pueden ir acompañadas de ideas ilusorias; que los diferentes grupos de enajenados inspirados vienen á confundirse con los enajenados metamorfoseados; los actos intelectuales son todos solidarios los unos de los otros. Yo no sabría encarecerlo bastante; en la enajenación mental no hay nada perfectamente aislado; un síntoma es generalmente acompañado de otro síntoma, opuesto lo más frecuentemente en sus formas al primero.

Así, nuestras divisiones no nos representan más que los grupos más salientes del cuadro patogénico.

UN ILUSIONARIO ALUCINADO, INCENDIARIO Y HOMICIDA

A. 1. El hombre que va á ser objeto de vuestras investigaciones es un sujeto que ha sido remitido aquí por los tribunales de justicia. Fue preso por haber prendido fuego á una casa de campo y cometido dos tentativas de asesinato. Se reconoció despues que estaba atacado de enajenación mental.

Hé aquí el hecho tal como se encuentra consignado en los autos del proceso.

2. Cierta tarde se declaró un incendio en una casa de campo de Andeghem, y la redujo á cenizas. Un hombre se dirigía desde el punto en que se elevaban las llamas hacia una casa inmediata; se vió que era uno de los habitantes de aquel certijo. Todos los vecinos corrieron al sitio del desastre ménos uno, á quien no pudo verse en aquel lugar.

Se le consideró, pues, tácitamente como autor del crimen, pero no fue conocido de la justicia.

Poco tiempo despues, en Termonde, yendo un sacerdote á la iglesia, recibió una cuchillada en el muslo; vió arrodillado á sus piés al asesino, que huyó.

Más tarde, el colono, cuya habitación había sido devorada por las llamas, fué objeto de una tentativa de asesinato en la iglesia.

El autor de estos dos nuevos crímenes era precisamente el mismo que había prendido fuego á la casa de campo á que antes hemos aludido.

Los había meditado, segun dice, desde mucho tiempo antes; pero nunca experimentaba más disgusto que cuando fracasaban sus tentativas de asesinato.

Alegre ó triste, segun los casos, sentía una impulsión interna que le obligaba, dice, á cometer crímenes... Segun el sujeto á que nos referimos, desde hace muchos años los curas no le quieren ni á él ni á su familia; por procedimientos que ellos conocían hacían que sus productos agrícolas faltaran ó fueran ménos abundantes que los de los demas cultivadores, sus vecinos.

V... no figura en la clase de los indigentes; pertenece á una familia de labradores acomodados.

Me confiesa haberse debilitado mucho por la masturbacion; dice tambien haber experimentado vivos temores por su alma.

Es muy devoto, ha leído muchos libros referentes á la religion. Durante los cinco años que precedieron á sus tentativas de incendio y de homicidio, se habia observado que sus hábitos cambiaron por completo. Su hermana declara que desde entónces ella le consideró como enajenado.

Se le oía amanado gritar, agitarse, diciendo que le devoraba un gran disgusto.

Fui llamado para examinar, en union con el Dr. Mareska, al llamado V... y nos fue facil encontrar en él un trastorno profundo en el dominio de las ideas.

Voy á leer el contenido de nuestro informe, para que tengais una idea más exacta del caso.

V... presenta, en nuestro concepto, en una gran extension de su esfera intelectual, una integridad más ó ménos perfecta; respondió convenientemente y con lucidez á las preguntas que tuvimos ocasion de dirigirle.

El acento de su voz, su cara, sus ademanes, su modo de andar y de mantenerse en pié, no acusan en él un desórden en las facultades mentales.

Este desórden existe, sin embargo, pero se halla limitado á cierto órden de ideas.

Es la manifestacion de un estado que encontramos amenudo en la enajenacion mental; son ideas de persecucion, influencias sobrenaturales que dominan á los enfermos; son alucinaciones durante las cuales creen ver y oír distintamente á personajes imaginarios.

V... está en tal caso. Está inspirado, habla de un poder que no define distintamente; es un poder superior, dice, que le hace concebir planes de venganza, para los cuales una fuerza, que no puede definir ni detener, le sirve de medio de ejecucion. V. percibe personajes que se le aparecen en su imaginacion, y que él crea ver en realidad y distintamente; oye además ruidos y voces. Las ideas que refiere á estas concepciones, á estas apariciones, no se presentan en el con cierto órden y sucesion; hay en las ideas una incoherencia bastante pronunciada.

»Nos ha parecido que, comprendiendo todo lo que se le acusa, y

sin entrando en todos los detalles que nosotros exigimos, comprende las consecuencias de los actos que ha cometido; pero, á través de sus antecedentes, llama la atencion esa indiferencia, esa falta de atencion, esa vaguedad que estamos acostumbrados á encontrar en todos los enajenados.

V... presenta todos los caracteres de un *delirio parcial de las ideas* que no podemos absolutamente colocar en la categoría de las *piromanías* (incendiarias) ó de las manías *homicidas*; pero que debe, en nuestro concepto, comprenderse en la clase de las *monomanías* con ideas de persecucion.

»Sin estar dotado de una gran inteligencia y sin una grande y larga observacion de las enfermedades mentales, el hombre sano de espíritu no podría reproducir los caracteres de un delirio tal como existió en V... Esto es lo que nos da la conviccion de que no ha recurrido á la farsa para fingir la situacion en que se encuentra.

»Nuestra conviccion es completa por lo que á este sujeto se refiere; creemos que este hombre lleva en sí hace mucho tiempo el germen de la enfermedad, que no ha podido traducirse al exterior ni reconocerse por los sujetos que le rodearon.

»El punto en que V... se encuentra en este momento y las sacudidas que puede recibir en los tribunales de justicia, son condiciones muy desfavorables para su situacion mental.

»Creo que su sitio es un manicomio, donde es probable llegue á obtener una notable mejoría y áun la curacion.»

V... no compareció ante los tribunales; se le consideró como enajenado, y fué conducido á este establecimiento.

Aquí le tenéis sometido á vuestra observacion. Vedle, interrogadle. La opinion de todos los empleados de la casa es que este hombre está enajenado... Siempre se oyen de él acusaciones vagas dirigidas contra los sacerdotes. Repite sin cesar que han lanzado un anatema sobre los productos de las tierras que cultiva. Hay alucinaciones que parece le atormentan mucho.

La enajenacion mental puede nacer:

- 1.º De una venganza.
- 2.º De una pasion de destruccion acompañada de irascibilidad y de cólera.
- 3.º De una fantasta de ver llamas, de quemarse las manos y los piés, de incendiar la casa en que habita el paciente, aunque parezca al mismo tiempo.

4.º De visiones, de inspiraciones que dictan al enfermo la orden de prender fuego á la morada de un pretendido enemigo, y hasta á veces á la cama de una mujer ó de un niño.

UN ALUSIONARIO ALUCINADO V. ASESINO

B. Terminó citando otros dos hechos que, unidos al que precede, os permitirán juzgar de las influencias morbosas inherentes al dominio de las ideas que pueden encontrarse en el fondo de los actos reprobables cometidos por los enajenados.

Ya hemos visto el asesinato como consecuencia de una violenta pasión.

Le hemos visto como un acto no apasionado, injustificado.

Voy ahora á presentaroslo como consecuencia de ideas delirantes.

El primero de estos hechos concierne á un individuo enviado á este establecimiento por las autoridades judiciales. Es uno de los casos más notables que podéis encontrar.

Hé aquí el hombre...

Tiene 41 años; es, como veis, delgado de cara y de cuerpo; anuncia un temperamento nervioso. Leeis en sus ojos algo de bondad, algo de benevolencia. Se nos ha dicho que uno de sus tíos murió imbécil, y que su madre se encontraba en un estado muy próximo á la enajenación mental.

Este hombre es soltero y habita en la casa de su padre; ambos ejercen el oficio de carretero.

Segun los datos que se nos han remitido, M... es un buen obrero, excelente muchacho, pero tímido; no frecuenta las reuniones de sus amigos; va mucho á la iglesia, aproximándose al altar; se confiesa con frecuencia, y piensa á cada paso, dice, en la justicia de Dios.

En la misma calle habita un veterinario que frecuenta la casa de M... Este cree que tiene motivo para quejarse del veterinario, y le acusa interiormente de tentativas ocultas que tienen por objeto perjudicarlo en sus trabajos. Se lo dice así á su padre. Otro culpable se presenta á sus ojos: es un labrador de la población que, segun dice el enfermo, procura, como el albeitar, la ruina de M... favoreciendo á otro carretero vecino suyo.

Este hombre, naturalmente impresionable, pierde el reposo y duerme poco ó nada. La idea de una acusación se convierte en ideas

delirantes. Cree que el veterinario va á su casa parra arrancarle las carnes. Le acusa de haberle tomado en casa del médico una fórmula cabalística. El médico conoce mi planeta, dice, adivina mi pensamiento; está de acuerdo con las brujas, porque sabe todo lo que pasa en nuestra casa.

Entretanto este muchacho reza mucho, se confiesa cada ocho dias; consulta á los médicos, porque se siente enfermo, muy enfermo.

Bien pronto tuvo las más raras, las más extrañas alucinaciones. Creyó reconocer á Dios en una persona que fué á encargarle trabajo. Vé ángeles, y dice tener en el cuerpo la cruz de Cristo; la siente.

«Está á la derecha, en mi pecho, y á la izquierda en mi vientre; la cruz tiene una posición oblicua,» me contestó un dia cuando yo le pregunté.

Un dia oyó la detonación de un arma de fuego y creyó que iba dirigida contra él; fué inmediatamente á un pueblo próximo, y compró una pistola para defenderse contra sus pretendidos enemigos.

Perdió momentáneamente de vista al veterinario, y fijó su atención en el labrador. Una revelación superior le intimó la orden de matar al enemigo de su reposo.

La premeditación de este asesinato, fué el punto de partida de una multitud de ideas místicas mezcladas con alucinaciones.

Un domingo por la mañana se provee de un inmenso cuchillo, cuya punta habia afilado previamente, y se dirige á la primera misa; no encuentra en ella al labrador que buscaba; vuelve á la misa mayor y allí le ve. La plática del sacerdote le conmueve, le tranquiliza, y no piensa ya que debe matar al labrador.

Al salir de la iglesia se presenta de nuevo la funesta idea; parece que alguien le dice que ha llegado el momento de inmolár á su más cruel enemigo; le ve andar delante de él, le alcanza y le da hasta 18 cuchilladas que le dejan muerto á sus piés. Despues de este acto, cometido en presencia de muchas personas, echa á correr con todas sus fuerzas hacia el campo, donde se detiene y cae abatido, permaneciendo sin conocimiento durante muchas horas. Por la tarde vuelve á su casa; el resto de su historia es relativo al arresto, la comparecencia ante el juez y su entrada en este establecimiento.

Tened muy en cuenta lo que voy á deciros: en este paciente las sospechas reales se metamorfosean en ideas delirantes místicas, y su resentimiento se cambia en actos de una venganza terrible. Aparte de estas ideas, el enfermo en cuestion goza de toda su inte-

ligencia. Como veis, este hombre se halla impulsado por una fuerza que no es la de su voluntad libre. Es una monofrenía homicida con delirio.

TENTATIVA DE ASESINATO, ILUSIONES Y ALUCINACIONES

C. El 23 de Setiembre de 1837, cuando se verificaban las carreras de caballos en el hipódromo de Montplaisir, en Bruselas, un tal J..., que llevaba una pistola, parecía dispuesto á tirar sobre una augusta persona.

J... fué detenido. Reconocido como enajenado, fué conducido á una casa de salud.

Ocho años después fuimos encargados el Dr. Lombard, de Lieja; el Sr. Sauvour, Inspector general de Sanidad civil, y yo para examinar á este hombre y dar cuenta de su estado mental.

Nuestro informe concluyó en estos términos:

«J..., que tiene actualmente 37 años, está bien constituido y ofrece una gordura excesiva. Nada anuncia en él á primera vista los indicios de la locura; no se observan ni en su actitud, ni en sus movimientos, ni en sus facciones los caracteres de un estado violento. La memoria no ha sufrido nada según parece; juzga bien muchas cuestiones sometidas á su examen, y hasta hay cierto encadenamiento en las ideas; las coordina en cierto orden, y sus frases, aunque amenudo enfáticas, no presentan ninguna de esas asociaciones monstruosas que caracterizan amenudo el delirio de las ideas.

Pero reina en J... un estado de agitación nerviosa; todo le impresiona vivamente; el movimiento de su lengua, cuya punta lleva constantemente hacia el labio superior, anuncia en él un tic convulsivo. Todo indica en J... una viva impresionabilidad.

Se cree perseguido; dice que el jefe del establecimiento usa de ciertos medios para volverle loco; todos los loqueros conspiran contra él, y también se conspira en la vecindad. En todas sus cartas reproduce invariablemente las mismas ideas. Se han empleado unos polvos blancos para destruir su salud; es decir, por la *impureza* y la *quemadura*, que reducen á los hombres al estado de nulidad completa. En uno de sus escritos asegura que se quiere que enloquezca su espíritu y que se deteriore su cuerpo por *medios farmacéuticos*; por la falsificación y la mezcla perjudicial de las bebidas, se le ha que-

rido hacer simple de espritu. El pan contiene azufre, alumbre; la cerveza orina. No acusa un agente oculto, pues no cree en las potencias sobrenaturales. Soy, dice, un hombre positivo; su educación ha sido dirigida en este sentido; ha leído á Voltaire y á Rousseau; su padre, añade, ha obrado mal en este sentido, y por eso no le quiere. Por lo demás, se considera como una criatura desgraciada. Querría poder abandonar el establecimiento donde se le retiene cautivo, y en el que tanto el jefe como los criados tienen medios para enloquecer al hombre más razonable. Y dirigiéndose de repente á uno de nosotros, dice con el acento de una profunda convicción: venid aquí, y yo os prometo que en ménos de dos horas os volveréis loco. Estas gentes, el jefe y sus criados, obran sobre vuestra moral, os excitan; provocan vuestras pasiones, vuestra indignación, vuestra cólera. Conozco, continúa J..., que soy un hombre de bien; que se me dé una ocupación cualquiera, que se me deje aquí, pero que se me conceda el permiso de vez en cuando, ó bien que se me proporcione una choza en el campo, donde no haré mal á nadie y me consideraré el más feliz de los hombres.

Ahora bien, reina en el fondo de los discursos de J... un elemento morboso que se traduce por motivos de persecución. En este círculo de ideas se encuentra la enajenación mental; anuncia un estado doloroso de la moral, que el enfermo refiere á las personas que le rodean y que en algunas circunstancias parece aplicarse á seres imaginarios, porque, en relacion con sus guardianes, experimenta alucinaciones; oye voces que le hablan, y por la noche grita, se levanta y pasea. Parece que tiene siempre el sueño agitado.

Las intermitencias no son tan apreciables en el delirio como en la manía; en él se distinguen ménos amenudo esas oscilaciones que caracterizan la manía y la melancolía.

La duración de este género de enajenación es muy larga. El delirio puede prolongarse durante muchos años y no tener influencia sobre la salud general.

Puede conservar un carácter de invariabilidad ó pasar, como se ve á veces, de un motivo á otro.

En algunos casos concluye por la demencia, rara vez se transforma en manía.

Se pueden consultar, para el estudio del delirio, las obras siguientes:

- 1 Ostlander: *Ueber sogenannte Geistesverwirrung*, 1809.
- 2 Darwin: *Zoonomie ou Lois de la vie organique*, traducción por Kluyskens, 1810.
- 3 Lelut: *De l'Époua de Socrate*, 1836.
— *Des hallucinations au début de la folie*.— *Journ. hebdom.*, 1830.
— *L'Amulette de Pascal*, pour servir à l'histoire des hallucinations.— *Annales médico-psychologiques*, 1815.
- 4 Bayle: *Mémoire sur les hallucinations*.— *Revue médicale*, 1825.
- 5 Leuret: *Fragments psychologiques sur la folie*, 1836.
- 6 Poujol: *Mémoire sur les hallucinations*.— *Recue médicale*, 1828.
- 7 Ferriar: *An Essay towards a theory of apparitions*.
- 8 Esquirol: *Des hallucinations et des illusions dans les maladies mentales*, 1828.
- 9 Calmeil: *Hallucinations*.— *Dictionnaire de Médecine*, en 30 volumes.
— *Des grandes épidémies du délire*, 1845.
- 10 Ferrus: *Leçons sur les hallucinations*.— *Gazette médic. de Paris*, 1831.
- 11 Bouteux: *Essai sur les hallucinations*, 1836.
- 12 Macarlis: *Démonologie*.— *Ann. médico-psych.*, 1814.
- 13 Paterson: *Mémoire sur plusieurs cas d'hallucinations*. *Ibidem*.
- 14 Briere de Boismont: *Des hallucinations*, 1811-15.— 2.^a edición, 1852.
- 15 Falret: *Du délire*.— *Dictionnaire des études médicales pratiques*.
- 16 Moreau: *Du haschisch*, 1845.
- 17 Baillarger: *De l'influence de l'état intermédiaire à la veille et au sommeil*.
— *Fragments pour servir à l'histoire des hallucinations*, en los *Annales médico-psych.*, 1812.
— *Des hallucinations*.— *Mém. de l'Acad. royale de Méd.*, tome XII.
- 18 Maury: *De l'hallucination*.— *Ann. médico-psych.*
- 19 Ideker: *Der Wahnwitz in seiner psychologischen und sozialen Bedeutung*, 1838.
- 20 Hecker: *Ueber Visionen*.
- 21 Tablús: *De hallucinationibus*.
- 22 Michéa: *Délire des sensations*, 1831.

- 23 Von Krafft-Ebing: *Religiöser Wahnsinn*, 1862. En *Friedreich's Blätter*.
— *Die Sinnesdelirien*, 1867.
— *Ueber gewisse formale Störungen der Wortstellung*.
- 24 Maudsley: *Delusions*.— *Journ. of mental sciences*, 1864.
- 25 Volzin: *De l'état mental de l'Alcoolisme aigu et chronique*.— *Annales médico-psychologiques*, 1864.
- 26 Kuhn: *De l'épidémie d'hystéro-démonopathie de Morzine*.— *Annales médico-psychologiques*, 1865.
- 27 Kahlbaum: *Die Sinnesdelirien*.— *Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie*, 1866.
- 28 Foville: *Du delirium tremens, de la dipsomanie et de l'alcoolisme*, 1867.
- 29 Hagen: *Zur Theorie der hallucinationem*.— *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1868.
- 30 Magnan: *De l'alcoolisme et de diverses formes de délire alcoolique*, 1874.
- 31 Mase: *Ueber Verfolgungswahn Geistesgestörten Trinker*.— *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1877.

LECCION DÉCIMATERCERA

DE LA DEMENCIA Ó DE LA OBESION Y DE LA OBLITERACION
DE LOS ACTOS FRÉNSICOS

PRIMERA PARTE

FENOMENOLOGÍA DE LA DEMENCIA

DIFERENTES FORMAS DE ESTA AFECCION

La *demencia* es la debilidad ó la obliteracion más ó ménos completa de las facultades morales é intelectuales, acompañada ámenudo de la disminucion ó extincion de las facultades motrices.

Cinco géneros fundamentales componen este género de vesania. La *demencia franca*: disminucion más ó ménos general de las facultades frénicas.

La *estupidez*: suspension parcial ó total de los actos intelectuales ó motores.

La *parálisis general*: parálisis progresiva de los fundamentos morales, intelectuales, vocales y locomotores.

La *imbecilidad*: desarrollo imperfecto de las facultades morales é intelectuales.

El *idiotismo*: evolucion nula ó incompleta de las facultades intelectuales, acompañada las más veces de un trastorno en los actos locomotores: una enfermedad que se refiere á un estado congénito.

Esta division se halla fundada esencialmente en la fenomenología. Pinel, Esquirol y muchos médicos han seguido para las enfermedades mentales una division fundada en los síntomas que presen-

tan; establecieron una excepcion á favor de la demencia, distinguiéndola del idiotismo, de la cual han hecho un género aparte por el solo motivo de que la causa de esta última reside en una organizacion viciosa.

Sin embargo, no puede verse en el idiotismo, considerado bajo el punto de vista de la forma morbosa, más que una variante de la demencia.

Por mi parte admito:

La demencia franca,

- falsa.
- completa,
- incompleta,
- especial,
- general,
- primitiva,
- consecutiva,
- simple,
- compuesta.

I

La *demencia franca*: amentia, fatuitas, anoxia.

Entre los géneros de frenopatias que he tenido ocasion de presentaros, los fenómenos estéticos son los que más ámenudo se han observado.

El dolor de los melancólicos, aunque acompañado de una torpeza intelectual y muscular, lleva un carácter de agudeza que debe considerarse como un estado activo. La energía que despliega el maníaco en su pensamiento y en su conducta, es una excitacion que excluye la idea de debilidad. Este loco, que se entrega á los actos más fantásticos, anuncia una causa que irrita; el delirio mismo de las ideas es una manifestacion del pensamiento que puede, en verdad, proceder de la debilidad, pero que indica la expresion vigorosa de un acto intelectual.

Ahora bien, la demencia contrasta vivamente con los géneros de vesanias que preceden. Es una disminucion, un retraimiento de

las fuerzas frénicas. El enfermo oye, ve y no distingue, no comprende, no aprecia.

UN SUJETO ATAÇADO DE DEMENCIA FRANCA

1. Este hombre no tiene memoria, ó al ménos tiene muy poca; no retiene nada, ó sólo retiene difícilmente lo que se le dice; todas las impresiones se borran en su espíritu. Recuerda aménudo los nombres de las personas, pero pierde muy pronto el recuerdo de haberlas oído ó conocido.

Olvida el tiempo trascurrido,

— los días de la semana,

— las horas del día.

No distingue la mañana de la tarde; aménudo ignora que dos y dos son cuatro.

Concluye por perder hasta el instinto de conservación.

No sabe librarse del agua, del fuego; no conoce los peligros.

Se dejaría helar,

— inundar por la lluvia,

— morir de inanición si otros no cuidáran de él.

Carece de voluntad, de espontaneidad; no se preocupa por ir á tal ó cual lugar. Evacua las orinas y las heces casi sin saber lo que hace.

Esto constituye lo que se llama un enajenado.

No pide nada, no exige nada, no se opone á nada.

Las pasiones dejan de manifestarse en él.

Ofrece una profunda impasibilidad; ve á su mujer, á sus hijos, á sus amigos, con la mayor indiferencia; los ve, repito, sin demostrar ningún sentimiento en su presencia.

2. La demencia se anuncia por una expresion de sumision, de apatía, de nulidad intelectual; por una actitud especial, indolente; por cierta incapacidad de los movimientos corporales; por una locucion lenta, respuestas nulas, infuútiles ó sin sentido; por una dificultad, muy impositibilidad de formar ideas; por un exterior que demuestra la insociabilidad del sujeto.

No revela en su mirada ni atencion ni curiosidad.

A. La demencia puede ser falsa ó verdadera.

Presenta, bajo el punto de vista del diagnóstico, algunas dificul-

tades para los que no tienen costumbre de ver enajenados. Hay una falsa apariencia de demencia. Existe un estado, en presencia del cual el vulgo se equivoca muy aménudo; para él toda incapacidad intelectual es un estado de *inocencia*, como dice. Desde que un enajenado carece de espontaneidad, desde que deja de reconocer y de comprender y no se acuerda de nada, se le considera como imbecil. Ahora bien, éstos no son verdaderos dementes. Hay en tal hombre, como se observa en muchas enfermedades agudas, una opresion, y no una extincion de las fuerzas. Lo que he dicho acerca de este particular es principalmente aplicable á la melancolía aguda y á la manía aguda, en las cuales la enfermedad parece cubierta con un velo.

Esta es la demencia aguda de algunos autores.

B. La demencia puede ser completa ó incompleta.

1. En el primer caso, es la muerte de las facultades mentales.

La demencia es incompleta cuando el enfermo reconoce á los miembros de su familia, cuando recuerda el número y nombre de la calle en que habita, cuando sus evacuaciones no son involuntarias.

2. En ocasiones los cambios de este último estado son tan poco aparentes, tan delicados, que se necesita el ojo del práctico para distinguirlos emedio de los demás síntomas de que puede componerse el grupo de los fenómenos frenopáticos. Sólo habitando con estos dementes y viviendo en su esfera de accion, se nota que tienen el espíritu más ó ménos debilitado.

DOS SUJETOS ATAÇADOS DE DEMENCIA INCOMPLETA

Estos enfermos no están ni tristes, ni alegres, ni irritados.

Son indiferentes, nada ambicionan, nada desean.

Carecen de genio, de voluntad, de ideas. Cuando se les abandona á sí mismos, pasan días enteros en su cama ó en una silla; cuando se les habla y cuando se les excita se expresan convenientemente, aunque de una manera breve; juzgan bastante bien de muchas cosas.

a. Semejante estado es una *apatía morbosa* y nada más. A esta afeccion se ha dado el nombre de *abulia*; los ingleses la llaman *apathetic insanity*.

Esta variedad difiere de la demencia completa en que no es

una situación desesperada y que ofrece muchas probabilidades de curación. En cierto concepto participa del éxtasis; se parece también más ó menos á la melancolía, á la estupidez.

Se ha encontrado en los hombres recién casados, en los bebedores, en los sujetos atacados de epilepsia, en reemplazo de los accesos convulsivos. La he visto igualmente á consecuencia de grandes y repetidos disgustos.

b. Otra variedad de demencia intelectual ha sido designada con el nombre de *hebetudo*, *hebetudo psychica*; consiste particularmente en la debilidad del juicio, del razonamiento. Es un estado que expresa la *bestialidad*; el enfermo tiene un aire de bestia.

UN CASO DE DEMENCIA CON PERSISTENCIA DE LA REFLEXIÓN

c. En otra variedad de la demencia, el enfermo conserva la inteligencia de su situación. Ved este hombre, sabe que sus facultades están debilitadas; os dice que pierde la memoria, que no sabe contestar, que no conoce las calles que atraviesa. ¡Cuántas veces algunos dementes de esta especie me han dicho: «Yo he perdido el espíritu».

El estado que nos ocupa se observa atenuado al principio de una demencia senil. No sólo el enfermo comprende lo que se le dice, sino que reflexiona respecto á su situación, se alarma por la degradación que sufren las facultades de su inteligencia. «Os comprendo — me dijo cierto día un paciente — y os respondo con las palabras convenientes; pero no conozco estas mismas palabras cuando debo escribirlas». Efectivamente, debiendo escribir una carta en Gante, sitio de su residencia, puso en la fecha Anvers. Tal estado mental fue haciendo rápidos progresos, y concluyó por invadir el dominio de la reflexión y por privar al enfermo del libre ejercicio de las palabras.

C. Hay demencias *especiales* y demencias *generales*, del mismo modo que hay manías y locuras parciales, manías y locuras generales.

El enajenado puede experimentar una debilidad considerable en extensión de sus facultades frénicas, encontrarse en un estado de *monodemencia* y conservar intactas las demás facultades. Así, puede conservar un talento artístico, ser un buen dibujante, un buen má-

sico, ser apto, en una palabra, para continuar el ejercicio de su profesión.

El retrato que tenéis á la vista, cuyo dibujo es tan acabado, ha sido hecho por un demente. Muchas sastras y ebanistas de este establecimiento se colocan en la categoría de los monodementes.

a. Así, encontraréis un género de enajenación mental en la cual el enfermo no deja de expresarse convenientemente. Nada más sorprendente que hablar sobre todos los motivos ordinarios de la vida, y que, sin embargo, no pueden dirigir ninguno de sus actos. Lo olvidan todo, están sentados todo un día sin moverse; no ofrecen ninguna iniciativa, no hacen nada por sí mismos, y cuando se les encarga que busquen tal ó cual objeto, nada recuerdan despues de haber andado algunos pasos.

He conocido varios enfermos de esta naturaleza que podían sostener bastante bien la conversacion durante media hora y que, ocultando sus zapatos y colocandolos en un armario á 10 pasos de ellos, ignoraban por completo á los cinco minutos dónde los habían puesto.

Un estado frenopático especial consiste unicamente en la pérdida de la memoria. La debilidad de esta facultad se presenta, sobre todo por lo que se refiere á los hechos recientes, mientras que los recuerdos antiguos se conservan á veces con una precision notable.

En ciertos sujetos la falta de la memoria se refiere á las cifras, las fechas, los meses. Este fenómeno se observa principalmente en las personas de edad avanzada, ó á consecuencia de causas debilitantes, en los casos de uso abusivo de plantas narcóticas, de la belladona, por ejemplo.

b. En las vezanías opuestas á la que en este momento me ocupa, el enajenado ejecuta bastante bien diferentes actos, pero se halla atacado de un desorden extremo en la palabra. Esto constituye la *incoherencia de las ideas*.

UN SUJETO ATACADO DE INCOHERENCIA DE LAS IDEAS

Observad bien al enajenado que viene hacia aquí...; ni sus facciones ni sus gestos indican la excesiva debilidad de sus ideas.

Voy á presentároslo...

Os mira, parece que os comprende, y os responde por una serie de frases unas más incoherentes que otras, por palabras que no tienen ninguna relacion entre sí...

Observo aquí la lesion del instrumento que forma y combina las palabras antes de confiarlas á la lengua. No es en este músculo donde reside el mal; la lengua no experimenta ninguna desviacion; no hay la menor vacilacion en sus movimientos; el mal reside á más altura; está en el encéfalo.

La casi totalidad de los dementes de esta categoría no ofrecen nada de anormal en sus actos; parece, las más veces, que comprenden muy bien el valor de las expresiones; pero el alma no encuentra la palabra, y la toma al acaso en el almacén de las ideas.

Es raro observar una incoherencia de los ideas que no se halle asociada á algunas concepciones delirantes. A través de los discursos, sin conciencia, de los enfermos, se entrecruzan motivos erróneos. Así, el demente que acabo de presentaros se llama emperador; este otro, á quien voy á dirigir la palabra, se imagina que todo le pertenece.

La incoherencia de las ideas aparece á veces como síntoma primitivo en la vejez.

También se encuentra á consecuencia de afecciones cerebrales, de la apoplejía, por ejemplo.

Suele generalmente á la manía con delirio.

Las más veces va á constituir el último periodo de una manía que se ha hecho incurable y que se anuncia por síntomas sonambúliformes.

Los enfermos pueden vivir mucho tiempo atacados de esta variedad de demencia. En algunos casos, la debilidad del sensorio, el desgaste cerebral, se hace general bajo la influencia de esta enfermedad.

Quando hay debilidad de todas las facultades, el mal es una *polidemenia*.

D. La demencia puede ser una enfermedad *primaria* ó una enfermedad *consecutiva*.

1. Quando es *primaria* está íntimamente relacionada con las causas que la producen, y hasta conserva ámenudo sus caracteres. La demencia se manifiesta como síntoma primitivo, sobre todo en los casos en que el mal se refiere á influencias debilitantes, al abuso de las bebidas, á las pérdidas espermáticas, á la edad avanzada,

á una enfermedad anterior, á la penuria de los medios de existencia. También es primitiva cuando las causas morales, violentas, obran sobre un sujeto delicado y débil.

ALGUNOS SUJETOS ATACADOS DE DEMENCIA SENIL.

2. Se denomina *demencia senil* la que reconoce por causa la edad avanzada. Ámenudo esta demencia es una enajenacion compuesta; con frecuencia también va acompañada de fenómenos pertenecientes á la manía, á la manía vanidosa, á la manía ambiciosa, á la erotomanía; más de una vez las alucinaciones visuales preceden á tal estado.

Se pueden evaluar en 1 por 15 los casos de demencia senil, con relacion á los casos de demencia en general.

Hay manías, melancolías, locuras, delirios seniles acompañados de demencia.

Ahora tenéis á la vista una serie de sujetos de edad avanzada, y atacados todos de esta enfermedad.

Desde hace tres años registramos un número exorbitante de demencias primarias; se declaran en personas delicadas, pobres, que viven en el aislamiento, mal nutridas, reducidas á una vida de privaciones y rodeadas por una multitud de presentimientos siniestros.

1. La imbecilidad y el idiotismo, del cual trataré muy pronto, pertenece, estrictamente hablando, á las demencias primitivas.

3. En otras circunstancias, la demencia se presenta como un síntoma secundario; también aparece como consecuencia

de la melancolía,
de la manía,
de la locura,
del delirio,
del éxtasis.

E. En ocasiones, la demencia es una enfermedad compuesta.

Rara vez se observa una demencia elemental, propiamente dicha. Contiene ámenudo, si me puedo expresar así, los restos de la manía; con frecuencia presenta su movimiento oscilatorio, sus exacerbaciones, sus periodos de lucidez momentánea.

Otras veces lleva también el sello de la melancolía, expresa los elementos del delirio ó está asociado á la locura.

ALGUNOS SÍNTOMAS ATACADOS DE DEMENCIA COMPUESTA

Hay demencias con manía, con *desio de incendiar*, con tendencia al suicidio, con propensión á matar, á robar, á herir, á los gestos automáticos.

Es la demencia con locura.

Es la demencia con manía, la debilidad excesiva de las facultades intelectuales, combinada con accesos de agitación, de locuacidad.

La demencia se presenta entónces, ó bien en la condición de una demencia aguda con manía, ó en la de una demencia crónica con manía; son, en cuanto al fondo de la enfermedad, dos afecciones completamente distintas.

Cuando la demencia está asociada á la melancolía, se traduce por un estado especial mezclado con tristeza. Se parece á la melancolía atónica, á la estupidez, y, como tal, ofrece más probabilidades de curación que la demencia franca. Es una demencia melancólica. Hay situaciones en que el diagnóstico presenta grandes dificultades, sobre todo cuando el curso de la afección es crónico y toma un carácter de agudeza. Entónces los hombres más experimentados pueden permanecer en la duda. Así, en una melancolía no puede decirse siempre si el abatimiento general, la falta de vigor y de voluntad se deben al elemento melancolía ó al elemento demencia. El modo de ser de la memoria, el de las ideas, pueden arrojar alguna luz sobre el diagnóstico diferencial. Así, la demencia lleva consigo una expresión de simpleza, una falta de ideas, y, sobre todo, una profunda modificación en la concepción; el demente es nulo por su inteligencia; el melancólico está distraído, absorbido por su triste pensamiento; hay, además, el carácter propio de la melancolía: una piel venosa y los ojos consternados.

En la manía, la demencia, no es amenudo más que la expresión de un gran desórden y no un estado de desgaste, de aplanamiento. La dificultad no es grande al principio de una manía violenta, aguda; la demencia, en tal caso, no es real, sino sólo aparente. Pero la cuestión cambia en el período de apogeo de la manía. Entónces es

amenudo difícil y aun imposible formular una opinión acabada, y decir: aquí concluye la manía, allá comienza la demencia. Confieso, por mi parte, que muchas veces he tenido dificultad en resolver semejantes cuestiones. El tiempo trascurrido desde el principio de la enfermedad, una disminución en la violencia con aumento progresivo de los fenómenos de decadencia intelectual, son los indicios por los cuales se puede reconocer el momento en que la demencia aparente pasa al estado de demencia real.

No se puede confundir la demencia con el éxtasis. La distinción entre estas dos formas de enajenación mental no presenta una gran dificultad para los que están familiarizados con el estudio práctico de la fenomenología de estas enfermedades; pero dicha dificultad es real bajo el punto de vista teórico. Ante todo, el curso que siguen estas dos afecciones presenta notables diferencias. El éxtasis tiene ordinariamente una invasión casi siempre pronta; recorre sus períodos en algunos meses. Está caracterizado por cierta tensión muscular; los párpados suelen estar muy abiertos, la cabeza recta, los brazos en semiflexión. En la demencia, la progresión del mal es más lenta; hay en todas partes relajación muscular; abatimiento, el ojo no está abierto del todo. El enfermo habla, y su lenguaje es amenudo incoherente. En el éxtasis, el enfermo apenas habla y responde por monosílabos; su fisonomía anuncia la tensión del espíritu, mientras que en la demencia la expresión de la cara anuncia el abatimiento.

1. Por lo general, los órganos gástricos funcionan regularmente en la demencia. Sin embargo, algunas veces está impedida la deglución.
2. El pulso está débil; conserva una aceleración que no hemos reconocido en los demás géneros de enajenación mental.
3. Amenudo se observa una abundante acumulación de grasa en el tejido adiposo.

1. La demencia sigue un curso creciente, durante el cual se ve la degradación de las facultades mentales, que sobreviene insensiblemente, hasta que, por último, el enfermo cae en un estado de abatimiento moral más ó ménos completo.

Ocurre, sin embargo, que la manía sucede á la demencia, que sufre una transformación. Una causa poderosa en sus efectos, obrando sobre un sujeto impresionable, puede, á primera vista, como veríamos hasta producir un abatimiento general. Pero gracias á un buen régimen, las fuerzas vuelven á presentarse poco á poco, y de este estado primitivo se ve surgir algunas veces un estado de agitación y hasta una manía furiosa. La demencia puede también dar lugar á impulsos fantásticos de destrucción, propensión al incendio, al robo; puede también conducir al delirio, á las alucinaciones, á las inspiraciones, etc.

2. Ordinariamente la demencia termina por un marasmo especial que sólo es propio de los enajenados; el enfermo enflaquece, todo su cuerpo se encorva, se atrofia y se anquilosa; acostado en su cama, tiene las rodillas en el aire, la cabeza no descansa casi nunca; esto sucede sobre todo en los casos muy crónicos. La inteligencia se cansa primero, despues el instinto; y el hombre, así reducido, concluye por no ser más que un estómago que pide en vano socorro al dominio cerebral, que ha dejado de funcionar. Los dementes pueden algunas veces vivir mucho tiempo en tal situación; la demencia puede prolongarse durante 20, 30 y hasta 50 años sin ofrecer fenómenos muy graves; pero tan pronto como se presenta el marasmo cerebral, bastan pocos meses y hasta pocas semanas para conducir al enfermo á la tumba. La muerte sobreviene casi siempre de una manera brusca, inesperada. Los enfermos no presentan la menor apariencia de fiebre, continúan ingiriendo los alimentos, que se les dan; se les acuesta en su cama y al día siguiente se les encuentra muertos, no distinguiéndose en el estado cadavérico de lo que eran vivos. Otras veces se declara una diarrea que resiste á todos los auxilios del arte, ó bien un estado escorbútico, ó bien una hidropesta, un vómito, una parálisis de la faringe, un fleo ó una estrechez esofágica que preceden á la muerte.

3. En la incoherencia de las ideas, los enfermos pueden vivir más tiempo. Esta situación, cuando no reviste una excesiva gravedad y no se halla combinada con un estado paralítico, no ejerce una influencia destructora sobre las demas funciones.

4. Amenudo los dementes sucumben á consecuencia de otras enfermedades, de inflamaciones desarrolladas bajo la influencia del frío, de afecciones intestinales engendradas por la acción de un fuerte calor, de accidentes, caídas ó fracturas.

II

La estupidez.

1. Este hombre que avanza hacia nosotros, nos anuncia en su fisonomía algo de congestivo. Aunque se le dirija la palabra, aunque se le excite á responder, no dice absolutamente nada; sus ojos no encuentran los de su interlocutor; su cara revela una profunda insensibilidad, su actitud no varía; presenta una indolencia marcadísima. La cara parece hinchada, el color es moreno, el color sale de su boca ó se acumula en esta cavidad para derramarse despues al exterior de una sola vez; es un hombre indiferente, pero no como en el éxtasis, en cuyo estado todo indica los síntomas iniciales de un ataque cataleptico. Aquí, en la estupidez, hay un estado congestivo, venoso, en los vasos de la cabeza. Ya veremos, al hablar de las lesiones anatómicas, que se ha encontrado en esta afección una infiltración serosa de la trama cerebral.

Georget describe la estupidez en estos términos:

«Los enajenados estúpidos se hallan, al parecer, en un estado completo de postración moral. Son indiferentes á todo lo que les rodea, insensibles á la acción de los objetos próximos; su exterior anuncia una tranquilidad perfecta. La sensibilidad general está siempre debilitada; los enfermos no sienten, orinan sin apercebirlo. Sólo despues de la curación se puede saber de ellos cuál era el verdadero estado mental que les afectaba.»

He aquí los rasgos de una mujer atacada de esta especie de enajenación; ha permanecido algunos meses en el establecimiento y ha recobrado por completo la razón. No sólo los caracteres de la estupidez son muy marcados en ella, sino que presenta ademias los signos inequívocos de una compresión serosa del cerebro. — Niños en sus párpados: . . .

2. Esta situación se asemeja, en cuanto á la forma, á los demas géneros de demencia; pero difiere de éstos por el fondo, pues ofrece grandes probabilidades de curación. No sucede así en la demencia,

propriamente dicha, excepto la aguda y la que acompaña á veces á la manía.

3. Se ha considerado la estupidez como un grado elevado de melancolía, una frenajía que ha pasado al estado de demencia. Sería la *melancholia attonita* de los antiguos patólogos. Este modo de ver no se halla quizás muy distante de la verdad. De cualquier modo, la suspensión de los actos intelectuales, más ó ménos total, constituye el carácter patognomónico de la estupidez, que es realmente una demencia, pero una demencia cerebral, en el sentido de que no depende de un empobrecimiento cerebral, que no se refiere á un estado congestionado activo, pero que parece ser una torpeza provocada por una causa orgánica, que razones muy fundadas colocan en la presencia de un flúido seroso infiltrado en la sustancia cerebral.

El Dr. Delasiauve, en una Memoria sobre el diagnóstico diferencial de la lipemanía, cree también que no debe referirse la estupidez á una variedad de la melancolía. Para el Sr. Baillarger no existe una suspensión de las facultades en los enfermos atacados de esta vesanía, pero hay en ellos ideas delirantes tristes. Las opiniones contradictorias que existen en estos observadores, lo mismo que en Aibanel, Marcé y Morel, proceden, en mi concepto, en gran parte de que los autores no han distinguido la estupidez de la catalepsia. Si hubieran tenido en cuenta esta última forma frenopática, cuyos caracteres creo haber demostrado lo bastante, no hubieran confundido bajo una misma denominación estas enfermedades, cuya figura, llena de estupor, expresa el terror, las sensaciones penosas, en los que las facciones contraídas, la mirada profundamente triste, denotan, sin embargo, la actividad del pensamiento, con esos otros pacientes, en los que la fisonomía, aunque conservando la expresión del estupor, se caracteriza por rasgos especiales, como una mirada incierta.

LECCION DÉCIMACUARTA

(CONTINUACION)

SEGUNDA PARTE

III

La parálisis general.

TRES SUJETOS ATACADOS DE PARÁLISIS GENERAL

El paciente que tenemos á la vista, presenta una mirada que expresa el asombro; veid esa sonrisa de imbécil, esa marcha difícil.

Está atacado de *parálisis general*.

Este enfermo tiene 34 años.

Su mujer 21.

Su vida se halla caracterizada por grandes excesos de distinta índole.

Es un obrero empleado en una fábrica de cerveza; se entregaba habitualmente á la embriaguez y á la crápula.

Nunca ha encontrado felicidad en el hogar doméstico.

Su actitud anuncia una falta de equilibrio.

Al andar, separa las piernas y lleva los brazos hacia fuera y la cabeza hacia atrás.

Voy á dirigirle la palabra: observareis en las respuestas que me hará una vacilación completamente característica en la formación de las palabras y de las frases...

propriamente dicha, excepto la aguda y la que acompaña á veces á la manía.

3. Se ha considerado la estupidez como un grado elevado de melancolía, una frenajía que ha pasado al estado de demencia. Sería la *melancholia attonita* de los antiguos patólogos. Este modo de ver no se halla quizás muy distante de la verdad. De cualquier modo, la suspensión de los actos intelectuales, más ó ménos total, constituye el carácter patognomónico de la estupidez, que es realmente una demencia, pero una demencia cerebral, en el sentido de que no depende de un empobrecimiento cerebral, que no se refiere á un estado congestionado activo, pero que parece ser una torpeza provocada por una causa orgánica, que razones muy fundadas colocan en la presencia de un flúido seroso infiltrado en la sustancia cerebral.

El Dr. Delasiauve, en una Memoria sobre el diagnóstico diferencial de la lipemanía, cree también que no debe referirse la estupidez á una variedad de la melancolía. Para el Sr. Baillarger no existe una suspensión de las facultades en los enfermos atacados de esta vesanía, pero hay en ellos ideas delirantes tristes. Las opiniones contradictorias que existen en estos observadores, lo mismo que en Aibanel, Marcé y Morel, proceden, en mi concepto, en gran parte de que los autores no han distinguido la estupidez de la catalepsia. Si hubieran tenido en cuenta esta última forma frenopática, cuyos caracteres creo haber demostrado lo bastante, no hubieran confundido bajo una misma denominación estas enfermedades, cuya figura, llena de estupor, expresa el terror, las sensaciones penosas, en los que las facciones contraídas, la mirada profundamente triste, denotan, sin embargo, la actividad del pensamiento, con esos otros pacientes, en los que la fisonomía, aunque conservando la expresión del estupor, se caracteriza por rasgos especiales, como una mirada incierta.

LECCION DÉCIMACUARTA

(CONTINUACION)

SEGUNDA PARTE

III

La parálisis general.

TRES SUJETOS ATACADOS DE PARÁLISIS GENERAL

El paciente que tenemos á la vista, presenta una mirada que expresa el asombro; veid esa sonrisa de imbécil, esa marcha difícil.

Está atacado de *parálisis general*.

Este enfermo tiene 34 años.

Su mujer 21.

Su vida se halla caracterizada por grandes excesos de distinta índole.

Es un obrero empleado en una fábrica de cerveza; se entregaba habitualmente á la embriaguez y á la crápula.

Nunca ha encontrado felicidad en el hogar doméstico.

Su actitud anuncia una falta de equilibrio.

Al andar, separa las piernas y lleva los brazos hacia fuera y la cabeza hacia atrás.

Voy á dirigirle la palabra: observareis en las respuestas que me hará una vacilación completamente característica en la formación de las palabras y de las frases...

No comprende lo que le decimos.

Ve, pero no mira; no concibe al ver.

Por lo demas, no reconoce casi á ninguna persona.

Sus discursos están marcados por una gran exageracion.

Este enfermo se ve sujeto á ciertos cambios; tan pronto se agita, como se queja.

Tiene ideas delirantes, se imagina que todo le pertenece; habla de sus buenos vestidos, de su hermosa mujer, de sus bellas sillas, de sus vasos de cristal.

En los demas sujetos que están allí observareis casi el mismo fenómeno, la misma interrupcion en la palabra, la misma debilidad muscular. Uno de ellos habla de riquezas, de perlas, de diamantes; se cree el más feliz, el más poderoso de la tierra. De vez en cuando se declaran en él convulsiones que se parecen á la epilepsia.

En el otro encontrareis la infancia, con sus gustos y sus expresiones. El mismo desorden en la articulacion vocal. Su padre vendrá á ver... le el domingo y le traerá sus botas.

1. La enfermedad en el primero de estos sujetos ha ido precedida por un largo periodo de incubacion, el cual ha estado marcado por la debilidad de las facultades frénicas.

No ha tardado en presentar los síntomas de una manía delirante.

Desde el principio del mal reinó una gran vacilacion en su palabra, cierta tension en el cuello; se observó ademas una fijez en la mirada, un temblor en los labios y los musculos circunvecinos; una *facies* particular revela, á los ojos del práctico, la gravedad del caso.

2. En este periodo de la enfermedad, el diagnóstico de la parálisis general es más ó ménos difícil de establecer.

El estado paralítico no se ha presentado; las ideas propias de esta afeccion no se han manifestado todavía. Casi siempre se ha podido observar en las concepciones del paciente, en su carácter, en los demas síntomas, un cambio insólito que ha podido durar meses y aun años antes de que se haya declarado la enfermedad.

3. No es raro observar desde el origen un dolor de cabeza excesivo, que llega á desaparecer al cabo de algun tiempo.

4. La parálisis general puede comenzar por una abolicion de la palabra, por una sordera completa, y hasta por una especie de insulto apoplejiforme, que difiere, sin embargo, de la apoplejía, en el sentido de que el enfermo no cae paralizado; ademas, está ame-

nado atacado de una rigidez general; sus ojos están abiertos, pero toda su concepcion se ha perdido, y algunas veces ejecuta los actos más singulares, más fantásticos. Amenudo existen desde el principio los signos de una gran debilidad de la inteligencia.

Hay situaciones en las cuales el mal sigue casi siempre un curso periódico. Durante algunos dias el enajenado está agitado, desvaría con frecuencia, se equivoca respecto á la identidad y hasta el sexo de las personas con las que está en relacion, comete mil extravagancias; pero insensiblemente el trastorno de las ideas se disipa, la locucion se hace cada vez más clara, el enfermo parece caminar hacia la convalecencia, á los ojos de los que no están familiarizados con el estudio de las afecciones mentales. Al cabo de algun tiempo, la agitacion y el desorden reaparecen, crecen y despues disminuyen, y cesan otra vez para reaparecer de nuevo. En estas fases la lucidez no suele ser completa; hay siempre ciertos síntomas que revelan en el fondo la enfermedad paralisiforme.

5. La invasion se verifica algunas veces por una especie de síncope.

De repente el sujeto cae sin conocimiento; en su cara se marca una ligera palidez; el pulso continúa latiendo, aun cuando es siempre muy frecuente. El enfermo sale de este estado, pero sorprende despues encontrar en él una gran decadencia intelectual, un estado pueril. Sin embargo, tal estado puede presentarse, ora con matices más ó ménos débiles, ora con matices más ó ménos pronunciados.

6. Por lo general, se observan en el curso de esta enfermedad dos órdenes de fenómenos: unos permanentes, otros transitorios.

Los primeros consisten en una debilidad gradual de la concepcion, de la memoria y de todas las facultades frénicas; los otros son efervescencias, digámoslo así, crisis, accesos que se presentan con intervalos más ó ménos largos, y que, despues de haber comenzado primero por la rigidez, ocasionan despues la debilidad de los musculos; la parálisis, y, finalmente, convulsiones y estado soporoso.

7. Aunbo de decir que los excesos precedieron á la enfermedad en uno de nuestros enfermos. Hubiera debido añadir que los mismos excesos se encuentran en dos de estos pacientes.

Faltan antecedentes respecto al tercero.

Una larga excitacion ha precedido ordinariamente al mal; un trabajo intelectual árido, el cálculo, amenuo los excesos de todo género, el uso abusivo de las bebidas alcohólicas, la excesiva dil-

mentación, las orgías repetidas, los tratamientos mercuriales mucho tiempo continuados, el empleo de los narcóticos, del tabaco, etc. A dichos agentes suelen asociarse fuertes preocupaciones morales, inquietudes, depresiones, un disgusto cualquiera, causas debilitantes, sobre todo las emisiones espermáticas.

8. La enfermedad puede así tardar mucho tiempo en declararse; el sueño puede trastornarse y perderse; la cara y las conjuntivas se inyectan; las facciones se alteran, los carrillos se hinchan ó se relajan.

El paciente experimenta pesadez en las piernas, siente además un pinchazo en los dedos de los pies y manos. A menudo experimenta fatiga y siente ganas de sentarse. Se queja en ocasiones de dolores contusivos ó terebrantes en el interior del cráneo. Algunos enfermos experimentan zumbidos de oídos, creen oír ruidos extraños.

Uno de nuestros pacientes se encuentra en un estado de abatimiento melancólico; a menudo llora abundantes lágrimas. Con este motivo, os diré que la melancolía con delirio típocondríaco se encuentra con bastante frecuencia al principio de la parálisis general. Baillarger admitió además una variedad especial de esta terrible afeccion, caracterizada por el delirio típocondríaco.

En un segundo, el mal estalló por un violento acceso de manía, por risas prolongadas. Este último se entregó á los impulsos, á los gestos más excentricos; tenía la rareza de introducir las manos en las heces fecales.

Algunas veces se observa al principio una excesiva lascivia.

Otras un orgullo excesivo.

Otras una gran exaltación, una exageración en las ideas.

Un enfermo atacado de delirio ambicioso, grita: yo soy Napoleón, yo soy el Papa, yo soy Dios. Todo brilla alrededor de mí, no veo más que llamas y diamantes, yo quemó. Me siento muy ligero, me voy á elevar por los aires.

Otro ofrece una propension al robo. Los enfermos se apoderan de todos los objetos que encuentran; alfileres, agujas, hilo, dulces, alimentos pertenecientes á otros enajenados. Los ocultan en sus bolsillos, en sus almohadas, en puntos extraviados. Yo he tenido uno que antes de su admision habia robado carneros enteros, y que, ya en el establecimiento, se apoderó de un pajaró, le torció el cuello y escondió bajo sus vestidos. Todos los días se encontraban en sus bolsillos cucharas ó tenedores que tomaba del comedor.

9. El aspecto de estos tres enfermos que veis, es muy característico. Presentan una *facies* completamente especial; las facciones anuncian la imbecilidad, la postracion de las facultades intelectuales, de las facultades de apreciacion; la locucion es característica en los tres individuos. Desde el principio ha habido un estado de temblor de la lengua; durante la formacion de las palabras y de las frases existe un verdadero estado espasmódico que sólo se manifiesta al principio durante los accesos de crisis, pero que más tarde se hace continuo; entónces la palabra es difícil, vacilante, á consecuencia de una parálisis de los músculos de la lengua. Hay asombro en la mirada, los ojos están fijos y abiertos; el cuello rígido. Sin embargo, a menudo conservan las facciones una expresion natural que persisten bastante tiempo; pero, aun en estos casos, la fisonomía, los ojos sobre todo, recuerdan por su expresion el primer estadió de una embriaguez incompleta.

10. En esta enfermedad, una pupila está en ocasiones más dilatada que otra. Tal sintoma ha sido descrito en primer lugar por el Dr. Baillarger, que, en una nota inserta en los *Anales médico-psicológicos*, lo designa con el nombre de nuevo sintoma de la parálisis general. Este sintoma no es, sin embargo, un criterio de la parálisis general, pertenece tambien á la manía; pero es tan raro en la locura simple como frecuente en las parálisis.

11. Se observa en estos enfermos una indiferencia completa. La memoria se debilita cada vez más. La marcha se hace vacilante, recuerda la de un viejo; al caminar, el enfermo corre, parece que es empujado hácia adelante de una manera convulsiva. En la parálisis general no es tanto la fuerza de los movimientos la que ha perdido su precision, dice con razon el Sr. Foville, sino más bien los movimientos de detalle, los movimientos de prehension.

Los miembros tiemblan; un sudor frio cubre la frente del enfermo; sus ojos expresan el terror y el asombro. Un brazo, una pierna se ponen convulsivos; otro brazo, otra pierna se agitan. En tres ó cuatro días toda la grasa del cuerpo desaparece; un estado de enflaquecimiento ha reemplazado al estado de obesidad. Estas convulsiones se repiten durante muchos días, despues cesan y luego vuelven á presentarse de nuevo; durante la exaltacion convulsiva toda la esfera intelectual se ilumina, el enfermo habla más fácilmente, su memoria reaparece en parte, sus ideas son más claras; pero bien pronto se encuentra peor que antes de sus crisis.

De vez en cuando se observa, pues, una gran exacerbación. Durante estos períodos parece haber un estímulo muscular excesivo; los enfermos se mueven sin cesar, corren de un lado á otro sin objeto, como dice el Sr. Baillarger; pasan sus días en una agitación estéril con la apatancia de gentes muy ocupadas. Entónces se tornan algunas veces muy violentos, gritan, vociferan por la noche, lo mismo que por la mañana, rompen, arrojan al suelo las sillas y los demas muebles. Esta excitación puede algunas veces persistir varias semanas al principio de la afección.

12. Cuando el demente paralizado se encuentra en esta situación, la enfermedad ha durado meses enteros y aun más de un año.

A medida que las facultades intelectuales declinan, la debilidad muscular aumenta, y llega un momento en que el paciente se hace incapaz de andar, no puede dar un paso; á veces puede coger difícilmente los objetos; sus brazos se paralizan.

La cara se hincha por lo general; los párpados se infiltran ligeramente y toman un aspecto especial; se forma una bolsa serosa en el párpado inferior, y á veces se establece un flujo sero-purulento entre los velos oculares. La palabra se pierde casi por completo; los ojos permanecen tranquilos y abiertos; la boca no ofrece nada de particular.

Más tarde, el paralizado se acostaba en su cama como una masa inerte. A menudo todo su cuerpo se infiltra; se presentan vesículas llenas de serosidad en las piernas, los muslos, las nalgas y hasta en los brazos. Las bolsas se abren y dan paso á un humor seroso. Las más veces este flujo alivia ligeramente al enfermo. El enajenado gana en lucidez y experimenta menos angustias.

Grita, chillaba, llora; algunas veces está furioso.

Pero el estado primitivo reaparece bien pronto; después se forman escaras en la espalda; hacen estragos considerables; quedan al descubierto los músculos glúteos y hasta el intestino; a menudo el enfermo no da ningún signo de sufrimiento, pero se declara la fiebre; el paciente quema y bebe mucho.

Sobreviene un estado comatoso, se presentan convulsiones epileptiformes, que colocan al enfermo en una postración extrema; después se mejora todavía, sufriendo algunas epistaxis. En ciertos casos se forman grandes equimosis en el intersticio de los cartílagos del pabellón de la oreja; desarrollan una hinchazón congestiónaria, que se ha descrito impropriamente con el nombre de erisipela, y que

constituye un equimosis que no es exclusivamente propio de la parálisis general, pues lo he observado también en la melancolía, la manía y el suicidio. He visto formarse equimosis alrededor de los ojos, sobre todo debajo del párpado inferior, que tiene la mayor analogía con el estado de la oreja. Debo advertir, sin embargo, que nunca he visto declararse estos tumores sanguíneos del oído sin intervención ocasional de una causa traumática.

Después llega á paralizarse el istmo de las fauces; las bebidas van al tubo digestivo sin ser deglutidas y los alimentos no pueden ser tragados.

Pueden declararse vómitos. Los enfermos expectoran enormes cantidades de serosidad cargada de albúmina.

A menudo el enajenado perece de inanición; desde que no puede deglutir, concluye por no poder digerir.

Otras veces repugna comer; este síntoma aparece con poca frecuencia en la demencia paraloiforme.

La muerte sucede a menudo á una abundante supuración que se establece en las ulceraciones que se forman por decúbito.

Un estado comatoso caracteriza á veces los últimos instantes.

La muerte sobreviene también á consecuencia de un acceso convulsivo.

En ciertos casos es el último término de un violento acceso de manía, acompañado de gritos, suspiros ó de impulsos destructoras.

13. La parálisis general es rara vez un estado agudo, pues constituye una enfermedad crónica que puede terminar por la muerte en el curso de un año, pero que puede durar dos, tres y cinco años. Por lo general muere el paciente durante el segundo año. El señor Calmeil ha fijado este término en 13 meses, poco más ó menos.

14. Solo en casos excepcionales se define la parálisis general en su primer período, y permanece estacionaria durante algunos años, en vez de seguir el curso evolutivo que acabo de indicaros. El enfermo vacila al hablar, sus ideas se hacen confusas y hasta extraviadas; de vez en cuando tiene momentos de mal humor; se engaña á cada paso, pero el mal deja de agravarse.

15. En algunos casos, también muy raras, los síntomas se disipan y el enfermo entra en su estado normal. Poco tiempo después de la invasión de los primeros síntomas, si la enfermedad ha hecho algunos progresos, continúa su curso fatal.

1. Hay entre lo que se puede llamar una demencia franca y una

demencia con parálisis general una distinción que importa mucho establecer, en el fondo y en la forma, son dos enfermedades diferentes.

En la demencia franca, las mas veces todas las facultades intelectuales han perdido su energía en el mismo grado; el hábito del cuerpo y el carácter exterior anuncian un hombre abatido, cuya vida intelectual se ha abolido.

En la parálisis general hay incapacidad muscular, pero tambien existe irritación, rigidez.

En medio del desórden intelectual es fácil descubrir la degradación, la abolición de ciertas facultades, mientras que otras son todavía casi perfectas. Hay enfermos que desean leer, escribir, cantar, reina irritación en sus ideas, quieren ir y venir, y sin embargo, han perdido toda misteria, toda concepción para ciertos objetos. Además, en la parálisis general el desarrollo de los fenómenos morbosos ofrece muchas más variedades; la afección es más compleja.

2. Aquí se presentan muchas cuestiones que han sido planteadas en parte desde hace algun tiempo.

¿La parálisis del movimiento es el síntoma radical de la enfermedad?

¿El estado frénico, psíquico, sucede á un trastorno del movimiento?

¿El estado frénico, el trastorno moral, intelectual, es primitivo, y la parálisis del movimiento no es más que la consecuencia del primer estado?

¿Hay parálisis generales sin perturbación, sin debilidad marcada del estado psíquico?

¿Hay parálisis psíquicas sin parálisis musculares?

3. A esto respondo:

Que ni uno ni otro de los grupos fenoménicos de la parálisis general tiene una prioridad constante en el órden de desarrollo de esta enfermedad.

Tres fenómenos dominan á la vez:

La debilidad muscular;

la debilidad intelectual;

el delirio de las ideas.

Y cada uno de estos tres elementos puede tener un maximum y un minimum de valor en el curso de la enfermedad que nos ocupa.

4. Se ha creído alguna vez que la parálisis comenzaba por los miembros superiores; ésta es la opinion del Sr. Rodriguez. Segun el Dr. Bellomme, en la lengua es donde se manifiesta la primera aparicion de la parálisis muscular; tambien puede declararse el fenómeno en las extremidades inferiores.

En mi concepto, de todos los síntomas paralisiformes el más inicial es la vacilación en el hablar. Sin embargo, este fenómeno puede faltar al principio y presentarse tan sólo en un período bastante avanzado de la enfermedad.

La debilidad muscular puede ser tan poco aparente que equivalga á una falta de parálisis; aun en todo el curso de la enfermedad, el desórden en la formación de las palabras y de las frases puede ser tan insignificante que parezca faltar por completo, sobre todo cuando el paciente se anima en la conversacion.

En ocasiones las ideas ambiciosas faltan por completo, son reemplazadas por ideas de persecucion ó otras completamente maníacas. Como ya he dicho, un grupo muy importante se caracteriza por una melancolía hipocondríaca.

5. Es una cosa muy comun la parálisis general, comenzando por desórdenes musculares sin perturbación de las ideas, continuando así durante muchos meses y aun todo un año, y no complicándose con ideas delirantes sino al fin de la enfermedad.

6. Puede no existir un desórden real de las ideas en esta enfermedad, ó, por mejor decir, ser tan poco característico, sobre todo en el primer período, que apenas fije la atención del médico.

No hace muchos años surgió una nueva cuestión relativa á un punto del estudio de la patología general, denominada poco despues *parálisis progresiva*.

En 1847 vemos publicadas en los *Anales medico-psychologiques* y en la *Gazette médicale* algunas consideraciones sobre una parálisis general sin ideas delirantes.

El Sr. Baillarger comunica hechos que prueban en esta enfermedad la importancia de la lesión de los movimientos.

El Sr. Briere no es de la opinion de los que creen que debe admitirse una analogía entre la parálisis progresiva sin enajenación y la parálisis progresiva con enajenación; más tarde se ha inclinado algo al parecer de sus antagonistas.

El Sr. Lunier, siempre en la misma época, resume las diferentes opiniones y refiere una série de casos nuevos, los cuales tienden

a demostrar que la parálisis general es una enfermedad aparte y que puede existir sin enajenación mental.

(El Dr. Esnler, en sus *Recherches sur la paralysie générale*, formula del siguiente modo algunas proposiciones relativas a la parálisis progresiva:

1.ª Que existe en los manicomios un número de parálíticos mucho más considerable que en los hospitales ordinarios, aunque es ménos cierto que se encuentran algunos más de lo que se cree ordinariamente en estos últimos establecimientos; 2.ª, que estos parálíticos no difieren en nada de los de las casas de locos; 3.ª, que las lesiones de las facultades intelectuales que se ven en estos enfermos no merecen generalmente el nombre de enajenación mental, sino que consisten simplemente en una disminución ó una abolición, y hasta si se quiere una parálisis completa ó incompleta, de estas facultades comparable á la parálisis de la motilidad y de la sensibilidad, aunque la parálisis general progresiva constituye una enfermedad especial definida de otro modo distinto, que debe separarse por completo de la locura, como se separan la epilepsia y el histerismo.)

El Dr. Moreau considera los síntomas físicos y los psíquicos como pertenecientes á un mismo origen.

7. Después de las publicaciones más recientes sobre esta enfermedad, he consultado más recuerdos, y he reunido diferentes casos que pueden referirse á parálisis generales sin enajenación mental. Tal es el de una señorita atacada de parálisis general, que durante todo el curso de su enfermedad, la cual terminó por la muerte, no ofreció el menor desorden en las ideas; solo había en ella una especie de fatiga del espíritu, una incapacidad para los trabajos intelectuales. En la actualidad tengo sometido á tratamiento á otro enfermo que padece una vacilación muy pronunciada en la palabra y un indicio de parálisis de las extremidades inferiores, pero no presentando ni delirio ni debilidad intelectual.

En mi práctica particular he visto parálisis de todo el sistema muscular que afectaban un curso lento y progresivo, y terminaron por la muerte, sin que nunca, durante el curso de la afección, presentara el paciente un delirio real, un trastorno en los actos intelectuales. Los enfermos conservaron hasta los últimos momentos la conciencia de su estado.

He visto asimismo más de una vez parálisis generales que comenzaron, sin ningún desorden en las ideas, por vértigos, angustias, una

pesadez especial en la cabeza, en los miembros, en los labios, en la lengua. He visto además que tal estado se agravaba de una manera insensible, y no se complicaba con síntomas psíquicos sino después de muchos meses, uno ó dos años de duración. He visto asimismo ciertos enfermos que anunciaban el futuro trastorno de su inteligencia diciendo: pierdo la memoria, pierdo la razón, pierdo la cabeza.

No creo, sin embargo, que haya una parálisis general que pueda llegar á su último período sin presentar cierta debilidad y aun abolición de la inteligencia. El delirio y la locura pueden faltar algunas veces, pero la demencia concluye por presentarse siempre. Como ha dicho muy bien el Dr. Baillarger, «hay muchas parálisis de origen periférico que pueden hacerse más ó menos generales sin que esté comprometida la inteligencia;» pero los hechos son absolutos y completamente diferentes de la parálisis general de los asilos de enajenados, enfermedad esencialmente cerebral.

8. De cualquier modo, al principio de la enfermedad el diagnóstico presenta una gran dificultad; el más perito en el arte de observar no puede asegurar que reconocerá siempre la parálisis cuando no nace con explosión y ha hecho todavía pocos progresos. Pero, continuando su curso la enfermedad, no se tarda generalmente en comprobar su existencia.

9. Diferentes síntomas pueden faltar ó poco ménos; pero casi siempre hay uno ú otro fenómeno que ilustra al práctico.

Ordinariamente el fondo del cuadro presenta cierta oscuridad en el dominio de la inteligencia, un estado que se parece á la embriaguez, al narcotismo. Cuando faltan los principales caracteres morbosos, hay cierto estado de la concepción que llama la atención del médico: una expresión de asombro, modales infantiles que contrastan con los hábitos del sujeto; el hombre normal desaparece y se presenta el niño. En medio de una conversación, por ejemplo, llaman la atención del paráltico los botones de la camisa de su interlocutor, la cadena del reloj. Se detendrá para decirles: ¿dónde ha comprado V. estos botones, esta cadena? Precisamente ayer tuve ocasión de observar este fenómeno.

10. Habéis observado que el sujeto pronuncia difícilmente una ú otra letra, que sus labios se hallan agitados por un ligero temblor.

El Dr. de Crozant ha comunicado á la Sociedad de Medicina de París algunas observaciones que tienden á probar que la insensibilidad de la piel en la parálisis general es un criterio por el cual se

la puede reconocer. Coincide con un estado de actividad. La conclusión sentada por el autor necesita cierta confirmación antes de que la podamos admitir como un hecho del dominio exclusivo de la parálisis general.

11. Partiendo bajo el punto de vista de que la parálisis general es una afección que tiene su *status* característica, debemos preguntarnos naturalmente si puede suceder á otros géneros de frenopatías.

Así, ¿puede ser una enfermedad secundaria?

¿Es siempre primitiva?

Yo la considero, en la inmensa mayoría de los casos, como primitiva; no creo haberla visto presentarse nunca como un síntoma accidental en el curso de una melancolía, á consecuencia de un éxtasis, en el curso de una frenopatía destructora; pero la he observado de vez en cuando como terminación epifenoménica de la manía delirante, congestionaria.

Otros observadores han podido ver melancolías simples, manías simples que pasaron á ser parálisis generales, pero, en cuanto á mí, no creo haber visto estas transformaciones morbosas (1).

12. En algunas circunstancias, la enfermedad no puede comenzar por los síntomas de una demencia franca, sin parálisis general, continuar ofreciendo tal estado durante muchos meses y concluir por juicios de parálisis, la dificultad de la palabra y de los movimientos? Interrogando mis recuerdos, no me parece haber visto nunca hechos de esta índole.

Hay muchos casos de demencia que, sucediendo á la manía, presentan una falsa apariencia de parálisis general; pero faltan los verdaderos caracteres de esta última. Por lo demás, no os refiero más que lo que he visto, y no pretendo en manera alguna establecer un principio general.

Esto no quiere decir que la melancolía, que la manía, que la locura no puedan estar asociadas á la demencia parálítica; todos los géneros de enajenación forman combinaciones con la parálisis general; la de la manía y la parálisis es la más frecuente; constituye

(1) Tal era el resultado de mi experiencia en 1854. Después he podido ver la parálisis general, después de una melancolía primitiva, en casos en que esta última afección cobraba algunos años de fecha.

la manía parálítica. Cada una de estas combinaciones puede dar lugar á formas nuevas, á combinaciones más complejas; puede recorrer diferentes fases, puede sufrir diversas metamorfosis, en las cuales vemos que tal variedad pasa á otra, para cambiar más tarde y revestir otros caracteres.

No me parece conveniente, con todo, admitir la opinión del señor Crocq, formulada en la Academia de Medicina de Bélgica al discutirse la parálisis general. El profesor de Bruselas, fundándose en los datos del Dr. Westphal, no considera la parálisis general como una entidad morbosa, sino como un conjunto de síntomas en el cual juega el principal papel una afección medular. Como ya he dicho, admito con el Dr. Baillarger que la parálisis general es una afección siempre cerebral, que se caracteriza por un curso y una evolución casi siempre idéntica y por un conjunto de síntomas psíquicos y somáticos, en que la demencia y la parálisis concluyen por prevalecer. Presenta, sin embargo, en cada caso particular numerosas diferencias en su expresión sintomatológica. De aquí la necesidad de reconocer ciertas variedades, acerca de las cuales ha llamado la atención el Dr. Julio Falret en un bello trabajo sobre la locura parálítica. Dicho autor distingue una variedad congestiva, una variedad esencialmente parálítica, y otra mental, que se divide en dos subvariedades, caracterizada una por la depresión y otra por la excitación. He aquí cómo resume el Dr. Dagonet los signos distintivos de estas variedades en la última edición de su Tratado de las enfermedades mentales.

«*Variedad congestiva.*—En la variedad congestiva se observa la frecuencia de las congestiones cerebrales en el período prodromico de la parálisis general; hay aturdimientos, pérdidas de conocimiento más ó menos completas, ataques epiléptiformes que se reproducen con intervalos más ó menos distantes. Tales congestiones van ordinariamente seguidas de accidentes parálíticos variables, casi siempre temporales, de una dificultad en la palabra, intensa al principio, después menos mareada; de una debilidad intelectual ó de algunos fenómenos delirantes. Más adelante estos accidentes desaparecen para reproducirse poco tiempo después.

«*Variedad parálítica.*—En la variedad parálítica los enfermos ofrecen al principio los fenómenos característicos de la parálisis; el temblor es más marcado, la escritura más difícil, casi imposible; la dificultad de la palabra es muy pronunciada; las pupilas presentan

una dilatación desigual, las facultades sufren una disminución marcada; todos los actos del enfermo revelan el estado de debilidad intelectual.

Variedad mental.— En los casos más frecuentes, la enfermedad comienza por delirio y por fenómenos de excitación cerebral. Puede existir un estado de depresión moral, angustias, una especie de hipocondría, la expresión de un profundo disgusto. Pero las más veces la enfermedad se anuncia por un delirio ambicioso muy notable. El enfermo presenta una actividad desordenada, concibe los proyectos más insensatos; imagina que todo le pertenece, comete innumerables robos, hace toda clase de excesos sin tener la menor conciencia de la gravedad de los actos á que se entrega y de la responsabilidad que puede resultar para él; las acciones del paralítico están, en efecto, marcadas por el sello de la imprevisión, la extravagancia y sobre todo la debilidad intelectual.

13. La parálisis general de los enajenados, debe distinguirse de la *parálisis apopléctica*. En ésta la invasión se anuncia por un estado comatoso. Hay desviación de la boca y de la lengua, hemiplegia y en algunos casos paraplegia. En aquella el mal sigue otra progresión, no comienza por el coma; la parálisis sólo es completa en el último período de la enfermedad; rara vez se observa una contorsión de la boca y de la lengua, hay un modo especial de la pronunciación diferente del que se encuentra en los apopléticos. En la parálisis general hay un delirio que se parece al estado de embriaguez y que camina ordinariamente por accesos; ahora bien, esto sólo se presenta en casos excepcionales en los paralíticos propiamente dichos. La parálisis de los enajenados sobreviene las más veces de los 30 á 45 años; la parálisis apopléctica, después del término medio de la vida.

Bajo el punto de vista del diagnóstico, hay otras situaciones que pueden confundir al práctico y sembrar la duda en su espíritu.

Una primera situación es aquella en que se presenta una debilidad nativa del sistema muscular con cierta vacilación de la palabra y un grado más ó ménos pronunciado de irregularidad en los movimientos de las piernas. Aquí los conmemorativos ilustran mucho al observador. En muchos casos es necesario poseer antecedentes sobre el estado anterior del enajenado antes de decidir la existencia ó no existencia de la parálisis general. Lo propio diremos de la tartamudez natural congénita que existe en algunos enfermos.

2. Hay melancólicos que tienen el lenguaje tan especial, que vacilan tanto en la emisión de las palabras, que es difícil engañarse acerca de su situación.

Yo he visto algunos profesores, familiares con el estudio de la parálisis general, que anunciaron la existencia de esta enfermedad cuando no había en el paciente sometido á la observación más que esa torpeza de la voluntad que se encuentra en todos los melancólicos y que influye tan poderosamente sobre todos sus actos musculares.

3. Los epilépticos presentan también con bastante frecuencia una dificultad de la palabra. El diagnóstico puede en ocasiones presentar dificultades tanto mayores cuanto que las convulsiones y los ademanes infantiles se encuentran en ambas afecciones.

El juicio del médico debe fundarse en el conjunto y el curso de los síntomas. Entonces sólo será posible la confusión de ambas enfermedades en casos excepcionales.

Una debilidad notable sobrevinida en la acción del corazón, una alteración en la calidad y la cantidad de la sangre en circulación, producen á veces como resultado un gran abatimiento muscular y una vacilación de la palabra que puede hacer creer en la existencia de la más deplorable de las enfermedades mentales, de la parálisis general. Estas situaciones las encontrareis en personas expuestas á grandes calores y debilitadas por traspiraciones abundantes, en sujetos aniquilados por sangrías excesivas, por flujos hemorroidales copiosos, por metrorragias, en hombres de alguna edad que abusan de los purgantes. Pero la falta de ideas estrambóticas, de delirio, ilustra mucho la cuestión del diagnóstico diferencial.

4. Las personas que se entregan ordinariamente al uso inconsiderado de las bebidas alcohólicas, presentan con frecuencia una vacilación en la palabra y una situación somática y mental que ofrecen la mayor analogía con la que se encuentra al principio de la parálisis general. La confusión es fácil, tanto más cuanto que tal estado va acompañado con frecuencia de convulsiones; amenudo el curso de los síntomas es el que ilustra mucho al médico.

5. Por último, la caída ó la caries de un diente, dificultando los movimientos de la lengua, da lugar á veces á la vacilación de la palabra, y puede, por su coincidencia con ciertos fenómenos, hacer creer en una parálisis general en los casos en que esta afección no existe. Pero indudablemente entonces la observación atenta del

sujeto bastará para quitar toda duda. No se pierda de vista, sin embargo, que el diagnóstico de la parálisis general no presenta apénas dificultades cuando la enfermedad ha hecho ciertos progresos; no sucede lo mismo en el período inicial, al principio. Entre los síntomas más importantes están, además de la vacilación en la palabra, la debilidad más ó ménos notable de esta facultad, las ideas delirantes, que se refieren, sobre todo, ora á la hipochondría, ora á la ambición, á la exageración de la personalidad del sujeto, á sus relaciones con grandes personajes, á objetos brillantes y de valor, como oro, diamantes, etc. En el fondo, la demencia es la que más ilustra la cuestión del diagnóstico. Por eso yo acostumbro llamar á la enfermedad de que se trata *demencia paraloiforme*.

14. La parálisis general se encuentra más amenudo en la clase acomodada que en la indigente. En efecto, en 1853 la observé en los establecimientos de pensionistas en la proporción de 10,52 por 100 sobre el número de entuados, mientras que en los asilos de necesitados sólo llegaban á 7,59 por 100. Las mujeres no dan más que 2,64 por 100, mientras que los hombres llegan á 12,63 por 100. Hay, pues, un predominio considerable á favor del sexo masculino. En los hombres necesitados solos, la proporción fué de 12,42 por 100 en 1853; durante el período decenal siguiente (1854 á 1862) fué de 9,23 por 100, y en los años 1863 á 1872 de 11,12 por 100. La frecuencia de esta afección está, pues, más bien disminuida que aumentada en las clases indigentes en nuestro asilo.

IV.

IMBECILIDAD.

Amantía,
Morosis de Sauvages.

Hé aquí una série de enajenados que padecen imbecilidad:

1. Los imbeciles no han perdido la inteligencia; esta facultad sólo es débil ó incompleta en ellos.
2. Los imbeciles lo son desde el nacimiento, en el sentido de que han adquirido cierto nivel de desarrollo intelectual, del cual no pasan; no han sabido jamás leer ni escribir; no han sabido tampoco aprender un oficio, pues les falta el juicio y son muy pocos los que tienen memoria. Hay casi tantos matices en este estado como casos

particulares. Por lo general, se designa con el nombre de *simples de esprit* á esos pacientes en los que la debilidad intelectual es ménos marcada. A fuerza de paciencia se consigue utilizar en ellos los beneficios de la instruccion.

UNA SÉRIE DE CASOS DE IMBECILIDAD COMPUESTA

3. La imbecilidad se encuentra frecuentemente en estado de asociacion, sobre todo con vicios de carácter, lo mismo que con accesos de manía.

Gran número de imbeciles son ladrones.

Algunos poseen una astucia capaz de engañar la más activa vigilancia.

Otros se ven dominados por pensamientos lúbricos.

Otros son disputadores, reñidores.

Finalmente, hay algunos con tendencias al crimen. Los hay terribles en sus venganzas.

4. Lo que les caracteriza á todos es la poca impresion que hacen sobre ellos las ríñas, las reprensiones, la severidad religiosa, la disciplina del establecimiento. Todos, por decirlo así, son incorregibles.

5. El imbecil tiene amenudo el aspecto exterior más falaz; no puede sospecharse á primera vista la nulidad de sus facultades y la perversidad de sus inclinaciones; se necesita vivir con él para aprender á conocerla.

Resulta de esto que la imbecilidad puede presentarse bajo la forma de una enajenacion compuesta, resultante de la combinacion de una depresion de la inteligencia con accesos maniacos.

Casi nunca está asociada al delirio.

V.

Los sujetos que acaban de colocarse allí son idiotas.

1. El idiotismo ó idiota es una demencia innata, en la cual la degradacion de las facultades intelectuales llega á un grado que ha-

ce descender al hombre por debajo del animal, que le pone á menor altura que las plantas, pues todas sus funciones están tan reducidas que, sin la asistencia de otra persona, ciertos idiotas se verían en la imposibilidad de subsistir á su alimentación.

2. La mayor parte de los autores modernos han hecho del idiotismo un género aparte; por lo que á mí toca, no veo la necesidad de establecer semejante distinción. Por eso la comprendo en el género *amentia*, *dementia*, *recordia*, *fatuitas*.—*Paranoia* de los griegos.

El idiotismo suele encontrarse asociado á impulsos fantásticos, entre los cuales se observan más de una vez actos automáticos, tales como el balanceo del cuerpo, el deseo de manejar y de ingerir inmundicias. Inútil creo añadir que en el idiota la poca limpieza suele llegar hasta el último límite.

UN SUJETO IDIOTA Y EPILÉPTICO

3. Hé aquí un caso de idiotismo con epilepsia, una variedad que se presenta con frecuencia y á la que acompañan ordinariamente accesos maníacos. Los maníacos epilépticos, los idiotas epilépticos, son numerosos en todos los establecimientos, en los que se recibe indistintamente á los enajenados curables y á los que no lo son.

UN IDIOTA PARALIZADO

4. Hay idiotismo con parálisis, con atrofia muscular. El sujeto que veis aquí os ofrece un ejemplo. Este sér está completamente atrofiado y deforme. Una situación análoga se encuentra con frecuencia en los cretinos.

En una Memoria publicada por el Dr. Ferrus, establece dicho estimable autor una distinción entre el *idiotismo* y el *cretinismo*. Los cretinos son idiotas cuyo cuerpo ha sufrido una deformación particular y que sólo se encuentran en ciertos puntos. Como semejante afección no es endémica entre nosotros, no creemos necesario ocuparnos de ella.

Amenudo se observa en los idiotas un apetito gloton; en ocasiones están muy inclinados á los actos genésicos y se entregan á tocamientos deshonestos.

Podría aún decir muchas cosas sobre estos enfermos, pero entonces debería entrar en el detalle de los casos particulares. Creo que la fisonomía general del idiotismo, de la imbecilidad, de la simplicidad de espíritu, se caracterizan bastante bien por las nociones que acabo de daros, por lo cual me dispensaría que no me detenga más.

Sin embargo, bajo el punto de vista médico-legal, estas afecciones merecen una atención especial por parte del alienista.

Amenudo los idiotas figuran ante los tribunales de justicia acusados de ultrajes al pudor,

de robo,

de incendio,

de asesinato.

Entonces se trata de saber observar bien la incapacidad intelectual del sujeto.

Diremos de paso que, bajo este punto de vista, pueden presentarse grandes dificultades cuando la imbecilidad solo se encuentra en un estado inicial.

En ocasiones es difícil decir dónde concluye el estado fisiológico y dónde comienza el estado morboso. Pueden presentarse cuestiones muy espesas. El hombre que no es más que simple de espíritu, ¿será recibido en un establecimiento de enajenados? Si es rico, ¿podrá administrar sus bienes? El simple de espíritu que mata á un compañero, que roba el dinero de un amigo, ¿será castigado legalmente? Estas cuestiones sólo serán resueltas por un hombre cuyos conocimientos prácticos sean muy extensos.

UN IMBÉCIL ASESINO

Hace algún tiempo fui invitado para examinar, de comun acuerdo con mi colega el Sr. Lados, á un sujeto que se había declarado culpable de un crimen atroz, y que representaba uno de los seres mixtos, que no son ni imbeciles ni hombres completos.

Era el llamado M., rústico campesino, de 28 años de edad; había tenido relaciones íntimas con una mujer de malas costumbres; cierto día, paseando con ella por el campo, la estranguló con algunas hilazas de lino. La abrió despues el vientre; hizo con este objeto diversas secciones con un cuchillo obtuso, como para practicar

una disección gruesa de las paredes abdominales de su víctima. Detenido por la justicia, lo negó todo y parecía estar loco.

M. . . había demostrado desde su infancia una inteligencia tan limitada que nunca supo leer ni escribir, ni siquiera tuvo la aptitud necesaria para aprender el oficio de esquilador. Con grandes dificultades llegó á poder tomar la primera comunión; el cura de su pueblo le había reconocido siempre una debilidad en los medios intelectuales; su falta de inteligencia le había valido muchas correcciones y algún castigo corporal. Hasta los 18 años había padecido una incontinencia de orina; á esta edad intentó cortarse el pelo; 10 años después este intento, que no había sufrido aún la evolución púber, permanecía, lo mismo que los testículos, en estado de atrofia; presentaba todavía en el momento de nuestra exploración indicios de ese acto de violencia. Este hombre se había quejado amenudo de dolores de cabeza, había experimentado vértigos, hasta el punto de caer en un estado de sopor. En su pueblo y en los inmediatos se le llamaba el loco.

Mi compañero y yo hicimos ver que las circunstancias que habían acompañado al robo no eran las que se encuentran de ordinario. Ante todo la víctima había sido estrangulada, y después de este acto parece que el asesino se complacía en hacer incisiones en las paredes del vientre de la mujer. Por su físico, este labrador se parece á un imbecil; su barba carece de pelos, su voz es la de un niño y el estado de sus partes sensibles acusa una notable suspensión de desarrollo.

Declaró no haber experimentado nunca erecciones.

Existía, pues, en él una gran depresión de las facultades frénicas, que coincidió con un estado especial, en cierto modo propio de la clase de los imbeciles. Esta especie de niño no había llegado á la edad de su emancipación, faltaba en él una evolución orgánica.

¿Era responsable, era un verdadero imbecil, un enajenado en toda la acepción de la palabra?

¿Un imbecil completo, un enajenado completo? No. Pero tampoco era un hombre perfecto; la debilidad de su inteligencia, había debido dar un exceso de actividad á sus impulsos brutales. Había premeditación en el crimen cometido por él; su defensa estaba calculada cuando delante de los tribunales negó el asesinato cometido y fingió la locura. Pero los enajenados, los imbeciles, los idiotas, obran amenudo así; tienen su plan de ataque, su plan de venganza, su

sistema de defensa, y, sin embargo, están enajenados. Todos los observadores han reconocido esta verdad.

Nuestra conclusión fué que M. . . no era un hombre sano, que se hacía notar por la depresión de su inteligencia, y que no había podido obrar tan libremente como una persona en la que todas las facultades del entendimiento tienen su manifestación íntegra.

El jurado le condenó á la pena capital, que después fué conmutada por la de cadena perpétua. En este momento se encuentra atacado de enajenación mental completa.

Por este caso podreis ver cuán grandes son las dificultades cuando se trata de evaluar la suma de inteligencia que puede poseer el acusado ó el enajenado.

(La analogía que ofrece la observación referida por el Dr. Guislain con otra que recientemente ha llamado la atención del público tanto médico como ajeno á la profesión, nos obliga á decir algunas palabras acerca de Juan Diaz de Garayo (*el Sacamantecas*), cuya vida, salpicada de horribles episodios, ha dado lugar á lo que los criminalistas llaman un *proceso célebre*, por más que para nosotros constituya una *historia clínica interesante*.

Nada más apropiado, para dar al lector una idea de ese imbecil, que copiar algunos párrafos de una de las conferencias dedicadas al asunto por nuestro ilustre amigo el eminente frenopata doctor Esquerdo, cuyo trabajo forma parte de la brillante campaña emprendida por dicho señor en defensa del loco.

Es Garayo — decía el Dr. Esquerdo en la conferencia dada en la Academia Médico-Quirúrgica — un hombre de 60 años de edad, de estatura regular, temperamento sanguíneo, idiosincrasia genérica, buena constitución y hasta de salud excelente, salvo cierta neurós y un padecimiento de los genitales. Garayo es un hombre atlético, cabal en su cuerpo y extremidades. En efecto, señores, su cuello es musculoso, anchas sus espaldas, prominente y dilatado su pecho, espaciosas sus cavidades abdominal y pelviana, sus miembros formidables, perfectos, si cabe decirlo, bajo el punto de vista corporal, hecha abstracción de su cabeza y cara; las funciones encomendadas á estas partes de su cuerpo se desempeñan normal y perfectamente, cual corresponde á su aspecto anatómico; y no digo que Garayo es un hombre bello, porque yo entiendo que la belleza fisi-

ca del hombre está en su extremidad cefálica, y mal pudiera ser bello un hombre cuya cabeza, horriblemente deforme, y cuya cara, franca y confusa, retratan fielmente lo monstruoso de su cerebro y lo turbulento de sus pasiones, que tantas veces han debido asociarse a aquel estúpido y feroz rostro.

Garayo, bajo el punto de vista somático, presenta una cabeza contrahecha, deforme; pero ¡qué deformidad, señores! Ancha en su base, angosta en su bóveda, estrecha en la frente y espaciosa hacia el occipucio; la curvatura posterior está tan deprimida, que desde lo alto de la cabeza hasta la parte posterior de la cerviz se baja por un solo plano; sólo a los lados y partes inferiores de dicho plano se distinguen dos anchas prominencias; el diámetro transversal predomina sobre el antero-posterior, y de las dos mitades en que éste la divide es la derecha mucho mayor que la izquierda; no presenta en toda su extensión más que una cuatriza de tres centímetros de extensión, huella de una antigua herida.

Es la cara de Garayo de color moreno, algo tanto bajo hoy por su vida carcelaria; antes fué de encendido rostro; sus pómulos salientes, sus facciones fuertemente fruncidas, con lo pequeño de sus ojos hundidos allá en el fondo de grandes órbitas, desiguales, desnivelados y estrábico el derecho, le dan un aspecto tenebroso, siniestro; sus pobladas y fruncidas cejas ocultan sus ojos de tal suerte que es necesario acercarse y obligarle a levantar la cabeza, habitualmente inclinada hacia adelante y hacia la izquierda, para notar lo estúpido y feroz de su mirada. Finalmente, es tal la disposición de sus ojos, el modo como están implantados en sus órbitas, que parecen colocados para mirar siempre hacia abajo. Garayo no tiene los ojos del hombre, ni su mirada es jamás serena ni apacible; tiene una fiera intensidad que hiera, y cuando la dirige hacia los lados se acentúa más un síntoma, que en nuestra jerigonza médica llamamos *nistagmus* rotatorio, y que no es otra cosa que un movimiento giratorio que acentúa más y más lo siniestro de aquella mirada. ¿Queréis formaros una idea de los ojos de Garayo? Pues recordad los de las aves de rapina; colocadlos en la parte supero-posterior de la órbita, escondidos a la mirada extraña, convergentes hacia dentro, cual si estuviesen acechando una pieza palpitante a sus pies; y tendréis cabal idea de los ojos de Garayo. No, Garayo no tiene los ojos del hombre que mira de frente ó hacia arriba, aunque algunos miran de frente y hieren por la espalda, y alzan los ojos á Dios para no

ver y consolar á la humanidad en sus desdichas. ¿Y qué os dice esto? Que la Naturaleza no se hace traición, no se mixtifica, no falsea sus procedimientos; escoge siempre un aparato exterior apropiado para realizar los designios íntimos. Para un hombre que había de sumirse en esquerosa lascivia, en morbosa liviandad, y que había de sepultarse en sánies, pus y sangre, ¿para qué mirar de frente, para qué mirar hacia arriba? De arriba recibiría el rayo de Dios que le dejaría sepultado en el abismo, y de frente la mirada del hombre que le haría retroceder espantado de su propia abyección.

Los órganos genitales de Garayo no desmienten su padecimiento, ni el poder y brio de su estro genésico. Apesar de su edad, apesar de su vida sedentaria y apesar de su encarecelacion, que le aleja de todo excitante, aún tiene Garayo poluciones nocturnas; ambos testes son de gran desarrollo; uno de ellos, sobre todo, es á la vista dos ó tres veces más grande que el otro. En nuestro sentir y en el de cuantos médicos lo han observado, es evidentemente morboso, pues su considerable volumen acusa un derrame en la túnica vaginal, lo que llamamos hidrocele.

Garayo es de escasa inteligencia y de afectos tan menguados, que sólo en los instintos se nota algun desarrollo; los sentimientos nobles pueden considerarse como nulos ó rudimentarios, los egoístas muy prepotentes. No sabe leer ni escribir, pues ha sido muy descuidada su educación; no tiene nociones de ciencias ni artes, sólo conoce su oficio de labrador; fué siempre laborioso, interesado y gloton, egoísta, indiferente, taciturno y apagado, pero que se animaba en presencia de las mujeres; con las cuales se permitía alguna chunga. No amaba á sus hijos ni á sus mujeres, á excepción de la primera; fué siempre para todas ellas tacano y enemigo de hacer sacrificio alguno. A la muerte de la primera mujer, algunos de sus hijos se escaparon del hogar paterno, y se cuenta con todo el aspecto de la verdad que él les incitó diciéndoles: «Marchaos á buscar la vida, que yo, más pequeño, me ganaba el pan.» Fué formal en sus tratos. No cuenta con un solo amigo, ni recuerda haber prestado ni recibido favores. Sus afecciones están condensadas en tener dinero para echar unas copas. No amaba á ninguna de sus tres mujeres últimas, ni había precedido á sus lazos conyugales otro móvil que el más grosero egoísmo; ni aun la convivencia había logrado elevarlos del nivel de meros instrumentos de placer y de trabajo, siendo fre-

ciente el negarlas hasta lo más indispensable para su alimentación. «Para si ya era, pero no para sus mujeres é hijos», decía una de sus hermanas, hé aquí una frase tomada literalmente, que estereotipa el carácter de Garayo.

Garayo ha padecido una enfermedad interesantísima, caracterizada por ataques con rabidos, pérdida de la palabra y del conocimiento; recuerda perfectamente que en vida de su primera mujer tuvieron que aplicarle causticos á la úlcera y en las pantorrillas. En esta época se orinaba involuntariamente en la cama, y continuó orinandose hasta que tuvo su tercera mujer. Mas tarde ha sufrido lo que él llama *trueno de cabeza*, hemorragias nasales y pérdidas seminales en las vigiliás, siendo de notar que las tuvo una vez en ocasión de volver del campo santo, á donde con otros había ido á acompañar el cadáver de un conocido. Esta pérdida coincidía siempre con el *trueno*; después se siente mal, y *siente mal cuerpo*, según él dice; desde que está en la cárcel ha experimentado el *trueno* tres veces en diferentes épocas; la última fué el día 12 de Mayo; por lo demás, ninguna sensación le ha causado su tormentosa vida, ni posteriormente la reclusión en la cárcel.

No podemos llamar espúria su existencia morbosa, antes al contrario, está legitimada por la herencia; prestadme atención y vereis en la familia de Garayo, en sus ascendientes y colaterales, un conjunto de miembros cuyos vínculos de familia están relajados, pero que tienen un lazo morboso que los une, un carácter neuropático que los asemeja.

El padre de Garayo nos consta que fué borracho, desigual, cruel para sus hijos, y que murió de una apoplejía cerebral.

Los que conocen cuán poderosa es la disposición congestiva, apoplética, para engendrar enfermos de la mente, no pueden menos de dar ástima impotencia á este antecedente de familia.

Si por otro lado consideramos que en la época en que murió el padre de Garayo era desconocida la parálisis progresiva de los enajenados para la inmensísima mayoría de los médicos mentalistas, y de todo punto ignorada para los que se consagran al común de las enfermedades, ¿qué de particular tendría que el padre de Garayo fuese uno de tantos enajenados que pasan desapercibidos para los profanos y aun los médicos?

Leed la preciosa monografía de mi queridísimo amigo el doctor D. Jaime Vera, ese joven médico que, á juzgar por la madurez de

su juicio, debe tener canas en su cerebro, aunque luzca hermoso pelo negro en su cabeza, leed su estudio clínico (que acaba de ver la luz) acerca de la parálisis progresiva de los enajenados, esa enfermedad de tan capital interés que por sí sola absorbe casi todos los afectos graves de la mente; esa enfermedad que á sus títulos me el de haber sido la primera que se ha constituido médicamente y ha sacudido el yugo de la clasificación psicológica, y convencidos de que ofrece con frecuencia congestiones cerebrales, fluxiones cefálicas intercurrentes y apoplejías que ponen término á la vida de los enfermos, ¿os extrañarías de que yo sospechase en el padre de Garayo uno de esos paralíticos generales que fallocon en los primeros períodos á impulsos de un derrame cerebral? De todos modos, sea de ello lo que fuere, ya que á la demostración no hemos de llegar, dejemos consignado que el padre de Garayo ofrecía las irregularidades antes mencionadas y murió á consecuencia de una apoplejía cerebral, motivo que por sí sólo basta, y con la embriaguez diría yo que sobra, para justificar la funesta herencia de Garayo.

La desgraciada prole de este padre tiende á confirmar mis sospechas: de los cinco hijos que á su muerte dejó, y que yo he tenido ocasión de observar, apenas encontraréis uno cabal.

Extiéndese después el Dr. Esquerdo en enumerar curiosos antecedentes respecto á la familia de Garayo, tanto en sus ascendientes como en los descendientes y colaterales, y continúa más adelante:

«Garayo es un modelo de imbecilidad tan acabado, que se le diagnostica al primer golpe de vista; su deforme cabeza y estúpida fisonomía no tienen precio para la enseñanza; bajo el punto de vista etiológico, no hay que olvidar que Garayo es hijo de un hombre irritable, de carácter desigual, que no amaba á sus hijos, y, dicho sea de paso, éstos son de tan escaso sentido moral que lo encuentran justificado en la carencia de medios: *Ya V. vé*, decía uno de ellos, *crámos muchos y habia poco que darnos de comer*. Y sobre todo, señores, el padre de Garayo fué dado á la embriaguez y murió á consecuencia de una apoplejía cerebral.

Si se tiene presente que en aquella época era desconocida la parálisis progresiva de los enajenados por los más de los mentalistas; que hoy mismo los profesores que no cultivan la especialidad, salvo honrosas excepciones, la diagnostican sólo y si acaso en su último período, y que el padre de Garayo ofrece caracteres bastantes para sospechar la parálisis progresiva de los enajenados, ¿qué de

particular tendría que éste fuese un caso más de los muchos que nosotros hemos registrado de padres paráliticos que han engendrado hijos imbéciles. No, no es probable, no cabe en buena lógica que de padres sanos nacieran hijos tan deformes, tan irregulares, tan neuróticos; concibe la mente que uno de ellos ofrezca estos caracteres degenerativos sin previo padecimiento de sus padres; ya es más difícil que se reúnan dos de iguales condiciones sin antecedente alguno hereditario; tres lo serán mucho más, ¿pero todos ellos? ¡Eso, imposible! ¿a no ser que queramos subvertir las leyes que tan laboriosamente ha establecido la observación.

Una circunstancia, la embriaguez crónica, pudiera explicarnos la existencia de una causa superior que abraza en un solo haz á Garayo y sus hermanos. ¡Tal sería, por ejemplo, la embriaguez crónica del padre! Y nótese también que muchos dipsomaniacos no son otra cosa que paráliticos progresivos; pero de todos modos, y pues que la obriosidad del padre nos consta, ya tenemos una causa hereditaria que legitime la funesta herencia de toda esta familia.

El insigne alienista Morel afirma que su experiencia está de acuerdo con la de sus antepasados y contemporáneos, quienes han observado que los descendientes de padres entregados al alcoholismo crónico, sin incurrir en los mismos excesos, ofrecen a menudo los caracteres de una degeneración progresiva.

»Marcé afirma el mismo aserto referente al alcoholismo crónico, y añade que él ha hecho iguales observaciones respecto al alcoholismo agudo en casos en que los hijos habían sido engendrados en una borrachera.

»Yo, señores, he tenido ocasión de registrar algunas observaciones de esta índole recientemente, pero ya comprenderéis los sagrados motivos que me impiden detallarlas; pasado que sea algún tiempo, cuando éstos desaparezcán, ya las precisaré.

»Griesinger dice: «Entre los hijos de los que se entregan á la embriaguez, se ve un cierto número que muere en muy tierna edad de convulsiones; otros son idiotas ó imbéciles.»

»Respecto á su conformación, permitidme, señores, que invoque la hermosa figura de Pinel, cuyo venerando nombre figurará siempre entre los primeros bienhechores de la humanidad; aplicó en su tiempo ya el ilustre mentalista francés el cálculo geométrico á la apreciación de la capacidad de los cráneos, y de sus estudios dedujo que el aplastamiento del cráneo y su falta de simetría eran atribu-

tos del idiotismo. Su predilecto discípulo Esquirol, ese inimitable observador cuya obra os es tan familiar, teniendo á la vista su hermosa colección de cráneos de imbéciles y en los estantes de su memoria los numerosos hechos de su práctica, señala como carácter general de los idiotas el aplastamiento del occipital.

»Tendré yo que recordaros la asimetría ó desigualdad de las dos mitades craneanas, derecha é izquierda, y la depresión del occipital que presenta Garayo?

»Léjut dice textualmente, en su *Estudio anatómico del cerebro*, que la desigualdad entre la mitad derecha é izquierda es fenómeno propio del idiotismo; y, por último, señores, sellemos este cúmulo de citas, á nada conducentes entre nosotros, incapaces de afirmar lo que no vemos, con la autoridad del gran Ballarger, gloriosa reputación de nuestros días: «Las diferencias observadas en la disminución del cráneo de los idiotas, recaen únicamente en su mitad posterior, puesto que la anterior es poco más ó menos igual á la del cráneo del hombre normal.»

»Garayo tiene sus facultades perceptivas poco desenvueltas, no se eleva á ideas abstractas, no forma juicios en asuntos complejos ni encuentra relaciones de causalidad y comparación que sean inmediatamente objetivas, y recordad las afirmaciones de Seguin, ya citadas en otra conferencia mía; consultad si os place á Maine de Biran, siquiera no sea para mí tan recomendable; ved en sus obras filosóficas cómo define la imbecilidad, y os sorprenderá lo perfectamente que le cuadra á Garayo la referida definición.

»Respecto á sentimientos ó instintos, terminaré más pronto diciendo los que tiene que los que le faltan.

»A su modo ama la vida y la libertad, que son de tan escasa significación que los vemos en los animales que ocupan un lugar bien bajo en la escala zoológica; tiene amor á la propiedad, pero ¿para qué? *Para echar unas copas.*

»Será posible, señores, que os quepa alguna duda acerca de la imbecilidad de Garayo? Yo creo que no, y en todo caso estoy seguro de disiparla ahora mismo, leyéndoos el interrogatorio de este desgraciado.

»Doy tanta importancia á este medio diagnóstico, que por primera vez en mi vida traigo papeles á estas conferencias.

»Ved, señores, el interrogatorio, y fijaos bien en las contestaciones, seguro de que llevareis la misma convicción que yo tengo

de que Garayo es un imbecil y un enajenado impulsivo; y si quereis tambien, fijaos en las preguntas, porque en ocasiones se coge un interrogatorio, y despues de haberlo leído una y otra vez, se acaba por decir: el que contesta es un tunante, pero el que pregunta es un imbecil.

—P. ¿Por qué mató V. á la Valdegoviesa?

—R. Porque no me descubriera.

—P. ¿No era una mujer pública que se prestó voluntariamente al acto?

—R. Sí, señor.

—P. Y si era una mujer pública, ¿qué perjuicios podria causarle á V. el que lo digese.

—R. Ya V. vé; le di tres reales, hasta una peseta, y queria cinco reales.

—P. Luego habiéndola dado un real más evitaba V. el tenerla que matar.

—Ninguna respuesta. Se encoge de hombros.

—P. Algun otro motivo tendria. Séame V. franco.

—R. Sí, señor: se lo digo á V. como al confesor.

—P. Vamos, dígame V. los otros motivos que le impulsaron á matarla.

—R. Ninguno, señor; que no me descubriera.

—P. ¿Cuál fué la más jóven de las mujeres que V. ha violado y dado muerte?

—R. La de Gamarra.

—P. ¿Qué edad tendria?

—R. No lo sé; 16 ó 17 años.

—P. ¿No le contavo á V. la juventud de la pobre chica, los gritos de dolor, su cara livida, las contorsiones de la agonía?

—R. No, señor.

—P. Diga V., ¿y por qué la gozaba V. en la agonía?

—R. Porque no se dejaba ántes.

—P. Y si se hubiese prestado, ¿hubiese V. experimentado el mismo placer?

—R. Sí, señor; creo que sí.

—P. ¿Y si despues de muerta la hubiese vuelto á encontrar?

—R. No, señor.

—P. ¿Por qué?

—R. Porque no podia repetir.

—P. ¿Y al cabo de algunos dias?

—R. Entónces sí, señor.

—P. Pues qué, la contemplacion del cadáver, víctima de su bárbaro atentado, ¿no le hubiese hecho estremecer?

—R. No, señor. Si la hubiese tenido... (Usa una frase que denota creccion del miembro.)

—P. Despues de cometido el atentado, ¿no le hubiera inquietado el recuerdo del crimen que habia cometido, los sufrimientos de la victima ó el dolor de los padres?

—R. No, señor.

—P. ¿Comta V. bien?

—R. Sí, señor.

—P. ¿Debía?

—R. Sí, señor, si habia, porque no siempre hay.

—P. ¿Dormía V. con tranquilidad?

—R. Sí, señor, como siempre.

—P. ¿Tantas horas como en otras noches?

—R. Ya V. vé; unas veces duermo uno más.

—P. ¿En qué piensa V. durante el dia y horas de la noche en que no duerme?

—R. Ya V. vé; unos ratos me echo y otros pasando.

—P. ¿Pero dormía V. ménos aquellas noches porque tuviera remordimientos? (Fíjese V. bien en esta pregunta.)

—R. No recuerdo, señor.

—P. ¿Ha tenido V. alguna vez remordimientos por los atentados cometidos?

—R. Sí, señor.

—P. ¿Sabe V. lo que son remordimientos?

—R. Me lo preguntó un señor.

—P. ¿Y qué son remordimientos?

—R. No sé, señor.

—P. ¿Cómo ha contestado que sí los ha tenido?

—R. Porque me lo preguntó un dia un señor.

—P. ¿Y qué le contestó V.?

—R. Que sí.

—P. ¿Y por qué ahora no contesta lo mismo?

—R. Porque no entendía á aquel señor.

—(Se le explica lo que son remordimientos de una manera que pudiera estar á su alcance, y despues de algunas preguntas insiste

en que no ha tenido remordimientos, profiriendo por primera vez la palabra pecado.)

- P. ¿Por qué ha dicho V. que es pecado lo que ha hecho?
- R. Porque me lo dijo el cura.
- P. ¿Y cómo sabe V. si una cosa es pecado?
- R. Porque él me lo dice.
- P. ¿Qué es un hombre bueno?
- R. Un hombre bueno.
- P. ¿Usted cree que yo soy bueno?
- R. Sí, señor.
- P. ¿Y por qué?
- R. Porque á mí no me ha hecho daño.
- P. Y el que hace bien, ¿qué es?
- R. Sí, señor, si que es bueno.
- P. ¿Y el que lo hace á los demas?
- R. Como no es á mí, ya V. ve.
- P. ¿Qué hombre es el mejor para V.?
- R. Yo...
- P. ¿Y el que hace bien á la humanidad?
- R. No sé, señor.
- P. ¿Qué es humanidad?
- R. Eso no sé yo, señor; ya V. ve, como no sabemos leer.
- P. Usted querrá á unos más que á otros, le serán más simpáticos ó los juzgará mejores? (Sin respuesta.)
- P. ¿No conoce V. en la cara los que son mejores?
- R. No, señor.
- P. Y por las obras, ¿no distingue V. los buenos?
- R. Ya V. ve; los que dan dinero son los mejores y los quiero más.
- P. Pues le daremos á V. dinero para que nos quiera. (Le damos una moneda y demostró gran satisfacción.)
- P. Dígame V., Garayo, ¿mató V. á la Valdegoviessa antes ó despues de estar con ella?
- R. Despues, señor.
- P. ¿Y por qué?
- R. Porque no se contentaba con los cuartos que la daba.
- P. Y á la morena, ¿cuándo la mató?
- R. Tambien despues, señor.
- P. ¿Y por qué?
- R. Por los cuartos.

- P. ¿Cuántos le daba?
- R. De primera dos reales, despues tres, hasta una peseta.
- P. ¿Recuerda V. si días, si horas antes de atacar á esa mujer pensaba hacerlo?
- R. De antes no, señor; despues que la veía.
- P. ¿Recuerda V. algo del trueno?
- R. Sí, señor.
- P. ¿Y cuándo le daba?
- R. Cuando la veía.
- P. Y desde que está en la cárcel, ¿cuántas veces le ha dado ó ha padecido el trueno de la cabeza?
- R. Lo ménos tres veces ya ha tenido, señor.
- P. ¿En qué consiste, qué siente V.?
- R. Que la cabeza está bor... bor... bor...
- P. ¿Y el cuerpo?
- R. Ya está desazonado, señor.
- P. ¿Cuántos años hace que murió su primera mujer?
- R. Hará unos 17 años. (Pausa.) Ya hará...
- P. Mientras ésta vivió, ¿atacó á alguna mujer?
- R. No, señor, nunca.
- P. ¿Con alguna otra estaría.
- R. No, señor; como estábamos bien, hacíamos lo que queríamos.
- P. Si dos piezas iguales, que están juntas, dan la una más grano que la otra, ¿en qué consistirá?
- R. En que el amo la gobierna bien.
- P. ¿Influye en que una pieza haya sido sembrada de una semilla, para que al año siguiente, si lleva la misma, produzca méuos?
- R. No, señor.
- P. Y si al año siguiente trae poca cosecha, ¿en qué consistirá?
- R. En que se habrá aborrecido la tierra.
- P. ¿Por qué ingertan los árboles?
- R. No sé, señor; no sé si será por echar dos clases en otro árbol.
- P. ¿Qué causas pueden influir en que la cosecha de frutas sea un año mejor que otro, ó que se pierda un año y otro no?
- R. Eso no lo puedo yo decir.
- P. ¿Qué ha cultivado V. más, tierras de pan llevar ó árboles frutales?

- R. En árboles no he andado yo, no he tratado, señor.
- P. Puesto que entiendo más de semillas que de árboles, ¿sabe V. si las semillas procedentes de tierras lejanas, esto es, de otras comarcas, dan más que las del país?
- R. Yo he oído, señor, á uno que trajo de Onraita, que daban más y maduraban primero.
- P. ¿Causó V. heridas á la última mujer que mató?
- R. Sí, señor.
- P. ¿Por qué?
- R. Porque decían que andaba por ahí Sacamantecas; por eso, señor.
- P. ¿Antes ó despues de muerta?
- R. Despues, señor.
- P. ¿Quiénes eran los Sacamantecas?
- R. No sé, señor, lo decían; yo no se lo puedo decir, señor.
- P. Si los que mataban y violaban las mujeres eran los Sacamantecas, ¿usted sería uno de ellos?
- R. No, señor; yo no he sacado ninguna.
- P. Pero V. ya habrá pensado en ello.
- R. No, señor, porque no he sacado mantecas.

Há aquí ahora una reseña de los crímenes cometidos por Garayo, tomada de la misma conferencia:

«Melitona Segura fué su primera víctima; pertenecía ésta á esa infortunada clase de mujeres llamadas de la vida airada. Había concertado con esta infeliz el acto genésico, y cumplido que fué, segun confesion propia, la estranguló, la arrastró unos cuantos pasos y la sumergió en un arroyo para *rematarla*; esta es su frase.

» Preguntado por qué, si había consumado ya el acto genésico, la dió muerte, contesta siempre de un modo imperturbable qual si se tratase de un hecho natural, y sin que en su mente entonces surgiese conflicto alguno para la deliberacion de momento, y sin que en la actualidad, despues de haber trascurrido tanto tiempo y cuando tan largas meditaciones debiera haber consagrado á la defensa propia ó codiciada, esculpacion: *«Porque no se contentaba con los dos, tres y hasta cuatro reales que la daba, y queria hasta cinco.»*

» Tambien despues de haber comido, por la Cuaresma, en el camino viejo del campo de Araua, y como á un cuarto de hora de Victoria, dió muerte á una mujer vagabunda, mendiga, de vida libre y como de unos 50 años de edad, y con la cual había convenido

igualmente en el carnal comercio. Interrogado acerca del motivo que le indujo á estrangularla, contestó con igual salvaje franqueza y con la misma imposibilidad: *«Ya ustedes ven; porque no se contentaba con el dinero que la daba y queria un real más, y si no la mataba me descubriría.»*

» Igualmente, despues de comer, yendo á las tierras que llevaba en arriendo, se encontró casualmente en la carretera con una jóven de 16 á 17 años de edad; verla, sentir una fuerte ereccion en el miembro viril, lanzarse sobre ella, agarrarla del cuello, derribarla al suelo, arrastrarla fuera de la carretera, estrangularla y violarla en el extertor de la agonía, es una horrible escena que refiere Garayo con glacial imperturbabilidad, y, para colmo de espanto, pretendo justificarla con la negativa de la infeliz atropellada. Las reflexiones más prolizas, la invocacion de aquellos sentimientos que pudieran conmovierle al recuerdo de tan horrible atentado, ni logran arrancarle un estremecimiento de pena, ni remordimiento alguno.

» Garayo, incommovible, cuenta el hecho con estúpida franqueza, y nosotros, al imaginarnos aquel sangriento drama, nos sentimos acorujados, destrozada el alma con un doble sentimiento de horror y de compasion para la víctima y para el autor; sí, para el autor tambien; sí, que no es más moral el que en presencia de tan hediondos hechos se desata en dictérios, iracundo y cólico contra el agresor; puede sentirse, y sentimos, horror al atentado y conmiseracion al autor. Yo, por lo ménos, sospecho siempre de esa clase de gentes que, en presencia de un ser dádoso, abyecto ó déforme, le injurian y maltratan, porque me parece que las individualidades de crédito conocido no necesitan poner en evidencia sus sentimientos con tales mnestras de salvajismo.

» Por el año del 73 al 74, se encontró en el camino de las Zamaqueras con una mujer anciana y andrajosa, y á quien intentó estrangular para violarla; la feliz coincidencia de aperchirarse que se acercaban dos mujeres, libró á esta desgraciada de engrosar el catálogo, ya larto crecido, de violaciones y asesinatos, porque al distinguir á aquéllas descendió el erelismo de sus genitales y desistió de su atentado. Llamatá la atención de personas profanas, y aún de aquellos médicos que desconozcan las circunstancias que frecuentemente acompañan á estas violaciones, el que una impulsion genésica, incoercible á la pena más dura, al castigo más cruel, pero ausente la persona que ha de aplicarla, sin embargo se contenga y anile

por la mera presencia de un niño ó de una mujer, que ningún obstáculo representa para las formidables fuerzas del agresor, y la experiencia demuestra que, lejos de ser extraordinaria esta circunstancia, es frecuente, común.

Notése igualmente, que otro tanto quiso hacer con una muchacha, jóven de vida airada, de las que andan con los soldados, estorbándole el que á los gritos de aquella acudieran éstos, que se hallaban de guardia en el polverín, en cuyas inmediaciones ocurrió el suceso.

También, y por feliz casualidad, se frustró un atentado de igual índole, trabajando en las inmediaciones del molino denominado de las Trianas. Entró en la casa y se lanzó contra la dueña, ó sea la molinera, y sin insinuación amorosa y sin nada que pudiera hacerla sospechar su intento, la agarró del cuello y trabóse fuerte lucha entre esta pobre infeliz y Garayo, en medio de lo cual, espantada la acometida de tan brutal atropello, exclama: «¿Qué quieres, Garayo? ¿te has vuelto loco, ó quieres dinero?» A lo que contestaba él: «Ya verás lo que quiero.»

«¡Ah, señores! Si nosotros hubiéramos presenciado aquella escena, de seguro no necesitaríamos de más exploraciones para formar el diagnóstico. A la manera como llegamos á la cabecera del enfermo y la simple contemplación de la cara y de alguno que otro síntoma nos basta en ocasiones para formar nuestro juicio clínico, así comprendo yo que aquella pobre molinera, al verse súbitamente acometida sin que la palabra, el gesto ni la actitud, avanzados heraldos de la lubricidad, que ninguna mujer casta ni libidinosa desconoce, la revelaran los intentos de Garayo; al contemplar el demudado rostro del agresor, su ronca voz y sus fieros ademanes; debió ver la leucura, y por esos procedimientos todavía desconocidos, pero reales, en que la lengua profiere instantáneamente lo que la conciencia juzga, tan rápidos que parecen anticiparse á la reflexión, y formularse sin consentimiento de la voluntad, aquella infeliz decía lo que nosotros, médicos y profanos, hubiéramos dicho: que Garayo estaba loco, loco y loco furioso. Tales son los indubitables caracteres del atentado.

«Rodaron ambos al suelo; cayendo Garayo debajo y junto á la puerta de la casa, dando con la cabeza en el suelo. Ya por la contusión recibida en la cabeza, ya porque viese gente, es lo cierto que en este momento cede la erección del miembro y abandona su em-

presa. Con motivo de este hecho frustrado, hubo de extinguir la correspondiente condena en la cárcel de Vitoria.

«A los pocos días de haber salido de ella se encontró con una mujer, anciana y mendiga, á la que acometió por igual motivo y en la misma forma, no llevado á efecto su intento porque en la lucha cayó aquélla al suelo, dando la cabeza contra una piedra y causándose una herida con hemorragia. También en este caso, ya por la presencia de la sangre, ya, según la interesada, por haberle dado un puntapié en los genitales, desistió. Providencial, señores, parece que se libraran de sus manos, mejor diremos, de sus garras, estas víctimas de sus atropellos á la honestidad, porque sin el testimonio de ellas no constaría más que por el propio aserto su modo de atacarlas, que, dicho sea anticipadamente, tiene altísimo valor por la identidad del procedimiento. Denunciado el hecho, se dirigió á las minas de Somorrostro, de donde no quiso regresar ínterin no estuviese arreglado este asunto, mediante una cantidad, desistiendo la ofendida de su propósito de llevar á Garayo á los tribunales. Al volver éste á su casa, encontráse con María de los Dolores Cortázar, jóven de unos 24 años de edad, bien parecida y robusta; entabló conversacion con ella, y sintiendo una penosa tension de su miembro viril, se lanzó sobre la desventurada, la agarró del cuello, la derribó al suelo, la anudó á la garganta un pañuelo, la arrastró unos 20 á 30 pasos fuera de la carretera y la violó brutalmente en la agonía.

«Repugnancia, señores, me causa decirlo, pero fuerza es que el médico nada oculte. No satisfecho todavía Garayo, intenta reproducir el acto genésico; no pudiendo realizarlo por impotencia física, introduce los dedos en los genitales y la inflere varias heridas.

«Al considerar, señores, la enormidad de esos horribles atentados, el número incomprensible de víctimas, la ferocidad de la ejecución, la cada vez más vertiginosa y sangrienta marcha de esa venanía y el automatismo con que lo realiza, puesto que siempre es uno mismo su procedimiento, no se os ocurre decir: ¿Qué queda aquí del hombre? ¿Qué fué de esa inteligencia que brilla cual estrella en noche tenebrosa? ¿Qué fué de esos nobles sentimientos que enfrenan nuestros apetitos depravados? ¿Qué fué, en fin, de lo que el hombre tiene de más característico? ¿Qué se hicieron de aquellos notables atributos? Se borraron; desaparecieron. El hombre no es más que una máquina infernal de violacion y de muertes.

» Aquella noche, la noche correspondiente á este inaudito crimen, si hubiese sido realizado por un ciego, la pasó debajo de un puente, comió y descansó como siempre, y su sueño fué tan tranquilo que ninguna pesadilla le perturbó.

» Al día siguiente se encontró con Manuela Andicana, y sintiendo iguales asquerosos impulsos también, se lanzó sobre ella, la echó las manos á la garganta. Pero ¿á qué repetir tantas veces lo que teneis ya sabido? La derribó al suelo, la anuda al cuello su dantal, la arrastra unos 20 ó 30 pasos del camino y emprende el mismo acto genésico, que no llega á consumar por impotencia. Su vértigo no ha hecho crisis aún; lleno de cólera, enfurecido, le abre el vientro á la agrredida, sepulta sus manos en las vísceras y le arranca un finón, y sale con él llevándole en la diestra algunos pasos hasta trepezar con una cesta, en donde cambia el riñón por un panecillo. ¡Ah! Señores, si no hubiera encontrado el panecillo, viera todo el mundo á estas horas con la claridad del día la evidente locura de Garayo. (1)

Hasta aquí el Dr. Esquerdo, á cuyo trabajo sólo añadiremos que, apesar de esa brillante defensa, los tribunales condenaron á Garayo á la pena de muerte, cuya sentencia se ejecutó el 10 de Mayo de 1881.

El ilustrado mentalista ántes citado marchó á Vitoria tan pronto como tuvo noticia de la ejecución, con objeto de presenciar la autopsia que, al día siguiente, practicó el catedrático de anatomía en la Universidad de Valladolid, Dr. Sierra y Val, en presencia de más de 40 personas.

Hé aquí una nota extractada del resultado de dicha autopsia, tal como ha visto la luz en un periódico político (2):

» *Hábita exterior.*— Sujeto sanguíneo, atlético.

» *Aspecto exterior del cráneo.*— Los diámetros verticales aumentados á expensas del antero-posterior.

(1) Agotada esta conferencia, de la cual se impusieron 5.000 ejemplares, prepara su autor una colección de todas las que tiene dadas sobre frenopatía, con los epígrafes *Preocupaciones restantes acerca de la locura; locos que no lo parecen, etc.*

(2) *La Europa*, revista médica por el Dr. M. C. S., número del 16 de Mayo de 1881.

» Existe gran adherencia de la dura-madre en las inmediaciones del seno longitudinal superior.

» Se nota el poco desarrollo de las fosas anteriores frontales, relativamente á las esfenoidales y occipitales.

» En la bóveda se observan dos convexidades verticales hácia la parte média de los parietales, y en la parte média del seno longitudinal (exángulo) corpúsculos de Pacchioni, aumentados notablemente de volumen con denudacion de hueso en los sitios donde se alojaba.

» Medida antero-posterior tomada al nivel de la cresta del frontal con inclusion de ésta, diez y siete milímetros.

» Se observa desarrollo de la apófisis *crista-galli* en sentido vertical; es puntiaguda y casi cortante. Llamo la atencion la longitud extraordinaria del canal vasilar, que mide cinco centímetros.

» También sorprende la extension en sentido trasversal de la cresta occipital interna.

» *Encefalo.*— La cisura de Silvio es ménos profunda que de ordinario, y algo ménos todavia en el lado derecho que en el izquierdo.

» Las circunvoluciones del lóbulo frontal ó anterior se muestran relativamente ménos profundas y desarrolladas, existiendo algunas de tercer orden sólo iniciadas.

» En la cara superior las circunvoluciones posteriores están más desarrolladas que las anteriores.

» No hay simetría ni uniformidad en el desarrollo entre las circunvoluciones del hemisferio derecho y del izquierdo, pues en tanto que las circunvoluciones frontales izquierdas se encuentran poco desarrolladas, las derechas lo están algo más, y, reciprocamente en los grupos posteriores, las izquierdas más que las derechas. La cisura de Rolando es más pequeña en el lado derecho que en el izquierdo.

» *Cerebello.*— Algo aplanado de arriba abajo, ligeramente disminuido de volumen.

» *Disminucion en el espesor de la capa cortical, coloración más baja que de ordinario.*— Se notó aumento en la consistencia al practicar cortes en el tálamo óptico izquierdo.

» Al examinar el cuerpo estriado izquierdo, se advirtió una dureza del volumen como un grano de mijo, con una zona algo consistente á su alrededor; cuya situacion correspondía á la parte média del borde externo de esta eminencia en la parte intra-ventricular, tocando con el borde externo del cuerpo caloso y con la parte interna de la flor radiada de Reil.

Practicados cortes en distintas direcciones sobre los hemisferios cerebelosos, aparecen bastante marcadas por el tacto en su interior las circunvoluciones ó pliegues del cuerpo romboidal, el cual parece estar algo disminuido y declorado.

Sólo resta añadir que gran parte de estas lesiones son exactamente las mismas que el Dr. Luys asigna á la anatomía patológica de la imbecilidad, en un interesante estudio (1) hace poco publicado por dicho hábil frenopata. — (Nota de los Traductores.)

La imbecilidad ofrece diversos grados, que varían hasta el infinito, por eso siempre que se traten cuestiones legales, se necesita reunir todos los datos precisos. No es fácil, ni siquiera es siempre posible indicar los límites que separan la inteligencia de la incapacidad.

Hay casos de imbecilidad fisiológica, y otros de imbecilidad morbosa ó anormal.

Bajo el punto de vista del diagnóstico legal, se necesita que la investigación del hombre de arte comprenda la vida entera del acusado; debe aplicarse á medir el grado de concepción que puede poseer el acusado para establecer la suma de su inculpabilidad, de su responsabilidad moral. No sólo deben buscarse las convicciones en el aspecto del enfermo, en la expresión de sus facciones y en su gesto, sino que se necesita también estudiar todos sus actos para ver hasta qué punto se separan de los de un hombre normal. Deben recogerse datos precisos sobre la primera educación que ha recibido el acusado, sobre su aptitud ó ineptitud para sufrir la influencia del medio en que vive, sobre los fenómenos que han señalado el período de su primera enseñanza religiosa y escolástica, sobre los conocimientos gramaticales ó literarios que ha podido adquirir, sobre el estado que ocupa, sobre sus tendencias, su moralidad, sus vicios, sus virtudes, sus pasiones, todo en relación con la facultad de ser su propio árbitro y soberano. Todos los vicios, todas las pasiones se encuentran en los imbeciles; pero lo que no se ve en ellos es el des-

(1) *L'Encéphale*, núm. 4.º Marzo, 1881.

arrollo de las facultades de la razón, de la memoria, de la concepción, del cálculo, del génio. El imbecil puede estar dotado de ciertos talentos, de aptitudes que parecen tanto más brillantes cuanto más nulo es el resto de las facultades; pero, de cualquier modo, es un hombre que no posee la inteligencia suficiente y necesaria para poderse dirigir convenientemente; su irresponsabilidad reside en el abatimiento, en la depresión de la reflexion. De la historia de toda su existencia, se deducen las nociones que deben instrar al médico legista. Una multitud de datos pueden venir en apoyo de éste: una predisposición á las enfermedades mentales existente en los padres del acusado imbecil; las enfermedades nerviosas hereditarias en su familia, como la epilepsia y el histerismo.

No sólo puede y debe prestar su opinión el médico en casos limitados, sino también cuando los padres del imbecil quieren decidir la carrera de su hijo, cuando se trata de contraer un matrimonio, en los casos de redención del servicio militar, en los de administración de bienes y en otros muchos cuya enumeración sería prolija.

Termino aquí las consideraciones que he creído oportunas sobre diferentes formas que revisten las enajenaciones mentales, consideradas como tipos nosológicos.

En la lección próxima me ocuparé de otro asunto; hablaré de los síntomas que caracterizan las lesiones de tejido que se encuentran en estas enfermedades, apoyándome en los resultados cadavéricos.

Podrán consultarse, para el estudio de los fenómenos de la demencia, las obras siguientes:

- 1 Sauvages: *Nosologie méthodique*, 1763.
- 2 Collen: *Éléments de médecine pratique*, trad. de Boerhaave, 1787.
- 3 Haslam: *On madness*, 1809.
- 4 Deleys: *Considérations sur une espèce de paralysie qui affecte les aliénés*, 1825.
- 5 Bayle: *Maladies du cerveau*, 1826.
- 6 Calmeil: *Paralysie générale*, art. *Démence*. — *Dict. de Médecine*, 1826.
— *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, 1839.
- 7 Ferrus: *Leçons cliniques*. — *Gazette médicale et Lancette française*, 1835.

- 8 Esquirol: Dictionnaire des sciences médicales, art. Démence.—Maladies mentales, 1838.
— Mémoire sur le Goutte et le Crétinisme, 1831.
- 9 Wächter: Considérations sur le paralyse générale des adultes, 1837.
- 10 Hommel: De Dementia, 1812.
- 11 Baillarger: Paralyse générale.—Annales médico-psychologiques.
— De stupidité chez les aliénés.—Ann. médico-psychol., 1843.
— Note sur le paralyse générale, 1847.
— Paralyse générale chez les pellagres, 1849.
— Du délire hypochondriaque considéré comme symptôme et comme signe de la paralyse générale.—Annales médico-psychologiques, 1850 y 1859.
— Paralyse générale dan ses rapports avec l'ataxie locomotrice et certaines paralysies.—Ann. médico-psychol., 1862.
— De la démence paralyse et de la manie avec délire de grandeurs, 1858.
— De la découverte de la paralyse générale et des doctrines émises par les premiers observateurs.—Annales médico-psychologiques, 1859 y 1860.
— De l'amour et de l'indifférence des pupilles dans la paralyse générale.—Ann. médico-psychol., 1861.
— De la folie avec prédominance du délire de grandeurs dans ses rapports avec la pathologie générale.—Ann. médico-psychol., 1867.
— Appendice sur la pathologie générale au traité de Griesinger. Traducido por Boumie, 1863.
- 12 Viszani: Die Irrenheil- und pflege anstalten sammt der Cretinenanstalt auf den abenberg in der Schweiz, 1845.
- 13 Guggenbuhl: Briefe über den Abenberg und der Heilanstalt für Cretinismus, 1846.
- 14 Nasse: Zwei Fälle von Krankh. Gemüthslosigkeit.—Allgemeine Zeitschrift von Damerow, etc., 1819.
- 15 Morel: Lettres à M. Ferrus.—Crétinisme, 1816.
— Considérations sur les causes du goutte du crétinisme, 1851.
— Considérations médico- légales sur un imbécille érotique, 1859.
— Traité théor. et prat. des maladies mentales. Etudes cliniques, 1853.
- 16 Lanier: Paralyse générale.—Annales médico-psychologiques, 1849.
- 17 Moreau: De la paralyse générale des aliénés.—Gazette médicale, 1860.
- 18 Billod: Paralyse générale.—Annales médico-psychologiques, 1850.
- 19 Bonacossa: Del Crétinismo, 1831.

- 20 Dallera: Sud cretinismo.—Giornale della reale Acad. di Torino, 1851.
- 21 Jules Falret: Recherches sur la folie paralytique, 1833.
- 22 Saute: Des rémissions dans le cours de la paralyse générale.—Annales médico-psychologiques, 1858.
- 23 Richarz: Ueber Verschiedenheit der Puppillengrosse aus Centraler Ursache.—Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1858.
- 24 Annales médico-psychologiques, 1859.—Discussion sur la paralyse générale.
- 25 Briere de Boismont: De la perversion des facultés morales et affectives dans la période prodromique de la paralyse générale des aliénés.—Bulletin de l'Académie des sciences, 1861.
- 26 Geoffroi: Démence paralytique simple.—Gazette des hôpitaux, 1860.
— Considérations sur les escharres gangréneuses de la région sacrée et de leurs complications surtout chez les paralytiques généraux.—Annales médico-psychologiques, 1865.
- 27 Leben: Parallele entre les idiots et les crétins, 1864.
- 28 Austria y Duchemia: De l'état des pupilles dans la paralyse générale.—Annales médico-psychologiques, 1862.
- 29 Seguin: Idiocy and its Treatment, 1862.
— New facts and remarks on Idiocy, 1870.
- 30 Billod: De l'amour et de l'indifférence des pupilles dans la paralyse progressive.—Ann. médico-psychologiques, 1863.
- 31 Stieglitz: Mittheilungen aus der Psychiatrischen Praxis.—Deutsche Klinik, 1865.
- 32 Servaes: Ueber Blutschwätzen aus Kopf bei dementia paralytica.—Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1863.
- 33 Westphal: Ueber tabes dorsalis und paralyse generalis.—Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1863-1864.
— Einige Beobachtungen über die epileptiformen und apoplektiformen Anfälle der paralytischen Geisteskrankheiten mit Rücksicht auf die Körperwunde.—Arch. für Psychiatrie, 1868.
— Ueber den gegenmétrigen Standpunkt der Kenntnisse von der Allgemeinen Paralyse.—Archiv. für Psychiatrie, 1868-1869.
- 34 Neumann: Dementia paralytica.—Wiener med. Presse, 1865.
- 35 Albers: Ueber die mit Wasserkopf verbundene Cretinismform.—Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1865.
- 36 Georgens y Deiharh: Die Heilpädagogik, 1869.
- 37 Duncan y Millard: A manual for the classification, training and education of feeble-minded, Imbecile and Idiotic, 1866.

38. *Verlagten ocer het Idiotengesticht te's Gravenhage.*
39. Auzouy : *Des pesants et des faibles d'esprit à un degré qui atteint la responsabilité.* — *Ann. médico-psycholog.*, 1869.
— *Celtine et cogels des Pyrénées*, 1865.
40. Claye Shaw : *On the antiquity of general paralysis*, 1868-1869. *Journ. of mental science.*
41. Nasse : *Prägnante Bedeutung der Pupillendifferenz in Irresein.* — *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1869.
— *Zur Diagnose und Prognose der Allgem. fortschr. Paralyse.* — *Irrenfreund*, 1870.
42. Tous les troubles généraux de Psychiatrie touchant la démence et ses variétés.
43. Laborde : *Le rétroissement et la composition cérébrale chez le vieillard*, 1870.
44. Wilkie Barman : *On larceny committed by patients in the earlier stages of general paralysis.* — *Journ. of mental science*, 1869 y 1873.
— *Contribution to the statistics of general paralysis.* — *Westriding reports*, 1874.
— *Some further cases of general paralysis committed to prison for larceny.* — *Journ. of mental science*, 1874.
45. Julien Meikle : *The temperature in general paralysis of the insane.* — *Journ. of mental science*, 1872.
— *The varieties of general paralysis of the insane.* — *Journ. of mental science*, 1875.
46. Wille : *Die Psychosen des Greisenalters.* — *Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie*, 1874.
47. Dagonet : *De la stupour dans les maladies mentales et de l'affection mentale appelée stupidité.*
48. Kind : *Ueber das Längewachsthum der Idioten.* — *Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie*, 1874.
49. Barliereux : *Folie paralytique*, 1874.
50. Barde : *De délire des actes dans la paralytie générale*, 1871.
51. Voisin : *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 1876.
52. Ziemssen (collection) : *Handbuch der Specuellen Pathologie.* — *Nervenkrantheiten*, 1875-1876, et tout les autres traités généraux de psychiatrie.
53. Ireland : *On idioey and imbecility*, 1877.
— *The classification and prognosis of idioey.* — *Journ. of mental science*, 1872-1873.

LECCION DÉCIMAQUINTA

DE LA MANERA DE CONSIDERAR LAS ALTERACIONES ORGÁNICAS
QUE SE PRESENTAN EN LAS ENFERMEDADES MENTALES
DIAGNÓSTICO ANATÓMICO

PRIMERA PARTE

¿CÓMO LOS SÍNTOMAS CEREBRALES IDÉNTICOS PUEDEN DESIGNAR
ENFERMEDADES DE ÍNDOLE DIFERENTE?

SEÑORES:

El diagnóstico anatómico comprende: 1.º, el conocimiento de los fenómenos que suministra la abertura del cadáver; 2.º, los signos que indican en el vivo las alteraciones del cerebro ó las de las demas vísceras.

1. La enajenación mental no designa lo que se llama una enfermedad del cerebro, una enfermedad del encefalo.

Las enfermedades cerebrales pueden manifestarse sin enajenación mental, y ésta puede existir sin enfermedad cerebral.

La enajenación mental no es, pues, en su esencia, una enfermedad del cerebro.

Pero, en uno como en otro caso, se presentan a menudo en ambas categorías fenómenos idénticos.

El arte consistirá en saber decir: este síntoma anuncia un trastorno funcional, y tal otro un desórden anatómico.

La enajenación es las más veces una afección funcional; pero esta última puede conducir á una enfermedad del cerebro. Las enfermedades cerebrales son las que acusan lesiones anatómicas. De

38. *Verlagten ocer het Idiotengesticht te's Gravenhage.*
39. Auzouy: *Des pesants et des faibles d'esprit à un degré qui atteint la responsabilité.*— *Ann. médico-psycholog.*, 1869.
— *Celtine et cogels des Pyrénées*, 1865.
40. Claye Shaw: *On the antiquity of general paralysis*, 1868-1869. *Journ. of mental science*.
41. Nasse: *Prägnante Bedeutung der Pupillendifferenz in Irresein.*— *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1869.
— *Zur Diagnose und Prognose der Allgem. fortschr. Paralyse.*— *Irrenfreund*, 1870.
42. Tous les troubles généraux de Psychiatrie touchant la démence et ses variétés.
43. Laborde: *Le développement et la composition cérébrale chez le vieillard*, 1870.
44. Wilkie Barman: *On larceny committed by patients in the earlier stages of general paralysis.*— *Journ. of mental science*, 1869 y 1873.
— *Contribution to the statistics of general paralysis.*— *Westriding reports*, 1874.
— *Some further cases of general paralysis committed to prison for larceny.*— *Journ. of mental science*, 1874.
45. Julien Meikle: *The temperature in general paralysis of the insane.*— *Journ. of mental science*, 1872.
— *The varieties of general paralysis of the insane.*— *Journ. of mental science*, 1875.
46. Wille: *Die Psychosen des Greisenalters.*— *Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie*, 1874.
47. Dagonet: *De la stupour dans les maladies mentales et de l'affection mentale appelée stupidité.*
48. Kind: *Ueber das Längewachsthum der Idioten.*— *Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie*, 1874.
49. Barliereux: *Folie paralytique*, 1874.
50. Barde: *De délire des actes dans la paralytie générale*, 1871.
51. Voisin: *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 1876.
52. Ziemssen (collection): *Handbuch der Specuellen Pathologie.*— *Nervenkranheiten*, 1875-1876, et tout les autres traités généraux de psychiatrie.
53. Ireland: *On idioey and imbecility*, 1877.
— *The classification and prognosis of idioey.*— *Journ. of mental science*, 1872-1873.

LECCION DÉCIMAQUINTA

DE LA MANERA DE CONSIDERAR LAS ALTERACIONES ORGÁNICAS
QUE SE PRESENTAN EN LAS ENFERMEDADES MENTALES
DIAGNÓSTICO ANATÓMICO

PRIMERA PARTE

¿CÓMO LOS SÍNTOMAS CEREBRALES IDÉNTICOS PUEDEN DESIGNAR
ENFERMEDADES DE ÍNDOLE DIFERENTE?

SEÑORES:

El diagnóstico anatómico comprende: 1.º, el conocimiento de los fenómenos que suministra la abertura del cadáver; 2.º, los signos que indican en el vivo las alteraciones del cerebro ó las de las demas vísceras.

1. La enajenación mental no designa lo que se llama una enfermedad del cerebro, una enfermedad del encefalo.

Las enfermedades cerebrales pueden manifestarse sin enajenación mental, y ésta puede existir sin enfermedad cerebral.

La enajenación mental no es, pues, en su esencia, una enfermedad del cerebro.

Pero, en uno como en otro caso, se presentan a menudo en ambas categorías fenómenos idénticos.

El arte consistirá en saber decir: este síntoma anuncia un trastorno funcional, y tal otro un desórden anatómico.

La enajenación es las más veces una afección funcional; pero esta última puede conducir á una enfermedad del cerebro. Las enfermedades cerebrales son las que acusan lesiones anatómicas. De

cualquier modo, la enfermedad mental puede estar asociada á una afección cerebral (1).

Ahora bien, para comprender bien las enfermedades mentales, es necesario que tengáis un conocimiento perfecto de los síntomas propios de las enfermedades orgánicas del cerebro.

Cuando dos fenómenos son iguales bajo el punto de vista de la forma, debe decirse en qué difieren entre sí por los demás motivos.

Los síntomas que atestiguan una *enfermedad cerebral*, son la incoherencia y el delirio de las ideas.

La debilidad de la concepción, la pérdida de la memoria.

Las pesadillas, el coma vigil, el coma y el estado soporoso sobre todo.

La locuacidad, las gesticulaciones, la voluntad de ir y venir.

Una tensión más ó ménos general del sistema muscular.

Una gran prostración.

Zumbido de oídos.

Vértigos.

Dolores en la cabeza, en los miembros, cierto dolor en la piel, sensación de hormigueo en las extremidades táctiles.

Náuseas y vómitos.

Dilatación ó contracción de las pupilas.

Estado soporoso, anomalías de la inteligencia, delirio.

1. Ahora bien, esta incoherencia, este estado soporoso, este trastorno de la inteligencia tienen una significación completamente distinta en las enfermedades mentales y en las afecciones del cerebro, en las enfermedades febriles y en las afecciones nerviosas ó intoxicaciones.

2. Cuando estos fenómenos, delirio, estado soporoso, debilidad de la inteligencia, se encuentran en una enfermedad cerebral, anuncian ordinariamente una congestión, una inflamación. El estado so-

(1) Debemos advertir que Griseinger expresa una opinión análoga cuando dice: «Si otros rechazan este modo de ver, pretendiendo que alguna alteración funcional puede existir sin alteración de tejido, se hallan sin duda en lo cierto, porque toda acción de célula cerebral produce indudablemente un cambio de estado; pero han sido más afortunados para determinar la naturaleza de este cambio? No es esto exactamente lo que Guislain dirá más adelante con una sola palabra: «La acción del elemento anatómico no escapa.»

poroso es tan sólo propio de las congestiones sanguíneas generales de la masa encefálica, de los derrames sanguíneos, serosos, purulentos, de las conmociones cerebrales.

No sucede así en el estado frenopático.

En los enajenados, el delirio dista mucho de designar una inflamación de las meninges; el estupor no se refiere en manera alguna á una congestión inflamatoria, purulenta, etc.

Hablo en tésis general.

CONEXION ENTRE LAS CAUSAS Y SUS EFECTOS

3. Hay en algunas enfermedades cerebrales relaciones directas entre la causa y sus efectos más apreciables que en las enfermedades mentales.

La razón científica nos dice por qué la trama cerebral, ó bien las meninges deben inflamarse, desorganizarse, estar comprimidas. Nosotros concebimos lo que debe suceder en los casos de una herida, una metástasis, un flujo purulento suprimido. Podemos, pues, explicarnos el estado en que se encuentran los órganos cerebrales durante el delirio, el estupor, las convulsiones, la parálisis que acompañan á estas enfermedades.

En las enfermedades mentales, por el contrario, se conocen peor estas relaciones.

La acción del elemento anatómico nos es desconocida.

SIGNOS DE LAS INFLAMACIONES CEREBRALES

4. En las inflamaciones cerebrales, el enfermo experimenta dolores de cabeza terribles, sobre todo en el primer período de la enfermedad; la fiebre es intensa y presenta el carácter inflamatorio; la piel está caliente y la orina es roja; hay además una alteración marcada en las funciones, un gran abatimiento, una notable prostración, que degenera muy pronto en estado comatoso. Por poca intensidad que presenten los síntomas, el delirio, que es más bien una extravagancia que una alucinación, se complica con rigidez de los miembros, á la cual suceden la parálisis y la muerte.

5. Observad alrededor vuestro á estos hombres delirantes, agi-

tados, fuera de sí; podemos decir de ellos: ¿Hé aquí una inflamación, una cerebritis, una meningitis, un absceso, una tuberculización, un quiste?

No, no, en manera alguna. Toda nuestra ciencia de interpretación cambia, toda la certidumbre que hemos encontrado en el estudio de las demás enfermedades pierde su valor ante los enajenados.

ALERE FLAMMAM
VERITATIS LA TENSION, LA RIGIDEZ

6. Así, en las enfermedades cerebrales, la tensión, la rigidez muscular, anuncian la irritación inflamatoria del cerebro.

En los enajenados, la tensión designa una cosa completamente distinta.

En el primer caso, 9 veces por cada 10, presagia la muerte. En los enajenados, por el contrario, de cada 10 veces 9 hace prever la curación siempre que no se halle asociada á un estado paralítico.

LA PARÁLISIS

7. La parálisis es siempre un síntoma grave; pero en las enfermedades mentales no tiene la misma significación que en las afecciones cerebrales propiamente dichas.

LA FIEBRE — LA FALTA DE FIEBRE

8. En la enajenación no hay fiebre; el maníaco se tiene de pie y continúa pudiendo andar, aunque casi siempre anda lentamente. En él el apetito es excelente y hasta voraz. El enfermo no experimenta una sed extraordinaria, la boca está húmeda, la lengua limpia y normal, mientras que en las enecefalitis, en las meningitis, hay pérdida total del apetito, sed excesiva, sequedad, color rojo ó negruzco de la lengua. En estas últimas afecciones, las depleciones sanguíneas abundantes producen algún alivio al enfermo; en la manía, por el contrario, no producen las más veces ningún bien, ántes al contrario, suelen agravar el mal.

EL COMA VIGIL

9. En las enfermedades agudas el coma vigil es casi siempre un síntoma mortal; en las frenopatías termina generalmente por la salud de los enfermos.

Los síntomas cerebrales más graves de las enfermedades agudas, son precisamente los que prometen amenudo una terminación feliz en las enfermedades mentales.

Así, los actos violentos, los trasportes furiosos en las afecciones llamadas cerebrales, son indicios de un estado inflamatorio gravísimo, de una intoxicación.

Los mismos síntomas, apareciendo bajo la forma de la manía en el estado frenopático, son muy favorables á la curación.

MANÍA PUERPERAL — MENINGITIS PUERPERAL

10. En la meningitis puerperal los síntomas ofrecen otra importancia que en la manía de las recién-paridas. La primera es una enfermedad que termina por la muerte al cabo de 10 ó 15 días; la segunda es una afección que puede durar meses enteros. En la meningitis puerperal los dolores abdominales han precedido amenudo al delirio; hay un calor intenso que se deja sentir en la piel, se observan sudores profusos, las funciones del estómago están enteramente abolidas, el delirio pasa pronto al estado comatoso, las convulsiones se declaran algunas veces desde el sexto día. Por el contrario, en la manía puerperal no hay ni sudores ni fiebre; la enfermedad sigue un curso mucho más uniforme, mucho más largo; es también infinitamente más benigna.

LA MANÍA Y LA TIFOMANÍA

11. No es difícil por completo distinguir la enajenación mental de la tifomanía, cuando este síntoma se declara en el segundo período del tífus; pero no sucede lo mismo con el delirio tífico, que se manifiesta á veces en la invasión del tífus.

He encontrado casos en los cuales el diagnóstico presentaba durante muchos días enfermedades reales, porque puede suceder, aunque en circunstancias muy raras por cierto, que el tífus comience por un delirio intenso, ó que la manía se anuncie por los síntomas del tífus.

He observado afecciones de este género; se creía en una enajenación mental, hasta el punto de que se iba á enviar al enfermo á un manicomio; yo mismo he recibido aquí muchos enfermos de esta índole, mientras que al cabo de algunos días de enfermedad, el abatimiento, el color negro de la lengua y los demás síntomas tíficos, indicaban el verdadero carácter del mal; pero, lo repito, esto se ve rara vez. Por lo demás, la necesidad que el enfermo experimenta de permanecer en su cama, el calor penetrante de su piel, la pérdida de apetito, el estado de las orinas, vienen en auxilio del paciente é invitan á estudiar el curso de la enfermedad.

(Pueden leerse dos casos de fiebre tifoidea simulando la enajenación mental, publicados en el II volumen de los *Annales médico-psychologiques*, uno por M. Baillarger y otro por M. Lacanall.)

12. Lo que acabo de decirse se aplica al delirio que se manifiesta en las fiebres nerviosas. En estas afecciones, la fiebre, el estado de abatimiento, la postración, el temblor de las manos, la necesidad de acostarse que siente el enfermo, inducen al médico á reconocer el mal.

(El Dr. Briere, en una Memoria leída en la Academia de Medicina de Paris, ha dado á conocer el delirio agudo que se encuentra en los establecimientos de enajenados.)

13. En el delirio febril, la fiebre precede al delirio; éste, desde que se declara, es general y ofrece el carácter de una incoherencia de ideas; no está asociado ni á una melancolía ni á una manía; es más bien una especie de demencia con fiebre.

EL DELIRIO DE LAS FIEBRES LARVADAS

En las *fiebres larvadas con delirio* es algunas veces muy difícil á primera vista reconocer el mal. En los sitios que habitamos, la cuestión es muy importante. Los antecedentes del enfermo, los dolores dorsales de que se queja, su orina, que las más veces deja depositar un sedimento característico, las intermitencias que se observan, al-

gunas veces un escalofrío, un acceso febril, otras una fuerte cefalalgia, el color particular de la piel y algo especial en el pulso, la localidad que habita el paciente, los miasmas patéticos á que ha estado expuesto, las enfermedades reinantes, alejan al médico de la idea de una enajenación mental, le hacen reconocer un delirio especial y le inducen á emplear el medio apropiado.

Por lo demás, debe proceder siempre por exclusión en el examen que hace del enfermo, y preguntarse: ¿esto es un melancolía, una manía, un éxtasis, una locura, un delirio ó una demencia? El delirio agudo, el delirio febril, el delirio de la fiebre larvada, se anuncian siempre por un conjunto de fenómenos en los que no se encuentra el curso, la progresión, los síntomas incubadores de una enajenación mental.


Si el delirio larvado se manifiesta con los síntomas de una fiebre perniciosa, el desorden considerable que reina en todo el organismo, la rareza de los fenómenos que se observan, los sudores viscosos que cubren la piel del enfermo, su gran debilidad, el dolor de sus miembros y el estado febril, apenas hacen difícil el diagnóstico para el que ha podido ver cierto número de enfermos.

EL DELIRIO NERVIOSO

14. Lo que se llama delirio nervioso rara vez es una enfermedad esencial; constituye casi siempre el síntoma de otras afecciones, y entre éstas figuran en primer lugar el histerismo, viniendo después el delirio y la agitación que acompañan á ciertos envenenamientos.

Se reconoce el delirio histerico por los fenómenos generales del histerismo, pero debemos decir que, entre todos los casos, este delirio es el que puede dar lugar á los más graves errores, porque la constricción gástrica, ese síntoma tan característico, no existe siempre. Lo que permite al médico reconocer el histerismo, es la mutabilidad de los síntomas, los lloros y las risas de los enfermos, la invasión y la desaparición brusca del mal. Además, y este es un punto del diagnóstico que el práctico debe procurar no perder nunca de vista, no hay progresión en el desarrollo de los síntomas del delirio de los histericos, como tampoco lo hay en todos los delirios nerviosos. El trastorno invade bruscamente el dominio de la razón;

en corto espacio de tiempo hay una incoherencia completa en las ideas, mientras que en la enajenación mental ese trastorno, general y profundo, sólo se presenta de una manera progresiva y amenudo en un período muy avanzado de la enfermedad. Debemos añadir que sólo podría confundirse este delirio con la manía, y en esta ve-
sencia, aun cuando se declare de una manera repentina, el mal comi-
enzia por ansiedades, malestar, ganas de hablar, de
moverse. El desórden de la esfera de las ideas sobreviene más tar-
de. Sin embargo, existen casos muy difíciles que no se consigue re-
conocer á primera vista. Tales casos son, por lo demas, bastante
raros en los hospitales y los asilos de enajenados; aparecen por lo
general en las clases acomodadas, y se encuentran, sobre todo, en
la práctica privada.



EL DELIRIO DE INTOXICACION

15. El delirio que provoca la ingestión de las plantas narcóti-
cas ofrece un curso y fenómenos especiales. La invasión repentina
enemigo de una perfecta salud, y después de la ingestión de una sus-
tancia venenosa, el vómito, la dilatación de las pupilas, las convul-
siones y todos los resultados propios del narcotismo, anuncian á
primera vista el verdadero carácter del mal. Después sobreviene
una pronta descomposición de las facciones, sudores frios y visco-
sos, una sequedad característica de la boca; amenudo dolor de gar-
ganta, otras veces manchas rojas en la piel; en algunos casos un
estado de embriaguez, y, por último, una pérdida instantánea de las
fuerzas. En el envenenamiento por el opio se observa somnolencia;
en la ingestión de la manzana espinosa hay amenudo un balle convul-
sivo; en el envenenamiento por la digital se observa un retraso
en los latidos del corazón; en el que produce la belladona hay una
gran dilatación de las pupilas.

Las alucinaciones que acompañan á la ingestión del cáñamo in-
diano, del hachisch, apenas pueden, según se dice, hacer difícil el
diagnóstico, cuando se presenta bien el curso de las enajenaciones
mentales; podéis consultar en este sentido la obra del Dr. Moreau,
uno de los médicos del hospicio de Bicêtre, en París, que ha hecho
por medio de este agente experimentos muy interesantes.

EL DELIRIO ÉBRICO

16. En los casos de embriaguez la ingestión de las bebidas, el
olor que imprimen al aliento, el vómito de las bebidas que se han
tomado, la vacilación de los miembros y el estado estertoroso, son
los que guían al médico en la apreciación de los fenómenos.

17. Las enfermedades mentales, no lo perdais de vista, aunque
ofrecen un aspecto más fulminante, son mucho menos peligrosas
para la vida de los enfermos; duran bastante más tiempo, mientras
que las inflamaciones cerebrales, el delirio por intoxicación por
ejemplo, verifican su evolución en pocos días, en pocas horas; rara
vez se prolongan más de algunas semanas. La inflamación franca
del cerebro es una enfermedad que termina en poco tiempo, casi
siempre por la muerte.

La manía, que, por la forma exterior, se parece bajo muchos
puntos de vista, después de haber durado meses y años, suele ter-
minar por la salud.

18. En casos excepcionales, ciertas afecciones llamadas encefá-
licas tienen, es verdad, un curso muy lento y se parecen por esto
al curso de la enajenación mental. Los tubérculos cerebrales se en-
cuentran en este caso; tales son también los fungos de la dura-ma-
dre, los exostosis del cráneo, los cánceres del cerebro; tales son, en
fin, las afecciones reumáticas y gotosas de la dura-madre. Pero en
tales afecciones los trastornos cerebrales presentan síntomas patog-
nómicos característicos. En los tubérculos, como en la exostosis,
como en el cáncer, los pacientes experimentan dolores intra craneo-
nianos intolerables; pero rara vez se ven atacados de delirio, mientras
que hay falta ó casi falta de dolores encefálicos en las frenopatías, al
ménos en un período algo avanzado de estas enfermedades.

Las meningitis reumáticas alternan con las afecciones reumáti-
cas de los músculos; los delirios podágricos se hallan en relación
con las afecciones generales de este nombre.

Sin embargo, las más veces un desórden de las ideas y de la in-
teligencia acompaña á las afecciones reumáticas de las meninges.

19. No os equivoqueis, pues, sobre la naturaleza de la enfermedad, sobre su origen; no confundais enfermedades que se refieren á causas especiales; distinguidlas de las afecciones llamadas orgánicas. No queráis encontrar siempre bajo una misma forma una misma naturaleza morbosa. Procediendo de una manera irreflexiva os expondríais á graves equivocaciones.

Las frenopatias idiopáticas són las únicas enfermedades á las cuales conviene dar el nombre de afecciones mentales; tienen un origen, un curso y fenómenos especiales.

20. De lo que acabo de deciros deduzco que deben admitirse tres especies fundamentales de enfermedades mentales:

Frenopatias idiopáticas,
 sintomáticas,
 simpáticas.

21. Se desprende, pues, que para ser médicos mentalistas se necesita que vuestros conocimientos prácticos no se limiten á los enajenados sólo; pero que al mismo tiempo seais una especialidad, y sólo una especialidad en la acepción rigurosa de la palabra. Nunca me cansaré de deciroslo: el medio de progresar en el estudio de la frenopatia, es llamar en su auxilio las nociones generales de la teoría y de la práctica médica. La necesidad de haber visto muchos enajenados y muchas enfermedades de esta clase se deja sentir en toda su potencia cuando se trata del diagnóstico y del tratamiento de las afecciones mentales.

SEGUNDA PARTE

ALTERACIONES CEREBRALES QUE SE PRESENTAN EN LAS ENFERMEDADES MENTALES.—SÍNTOMAS POR LOS CUALES SE LAS PUEDE RECONOCER.

Voy á resumir las alteraciones orgánicas que mis estudios sobre las enfermedades mentales me han enseñado á conocer.

Me es más fácil recordar los hechos que he visto que recogerlos á grandes rasgos en los libros, so pena de equivocarme sobre su significación; es decir, de no interpretarlos convenientemente.

Voy, pues, á hacer la enumeracion de las diversas alteraciones que pueden encontrarse despues de la muerte de los enajenados.

Comienzo por el cerebro, y reduzco á la cifra de nueve las lesiones sobre las cuales llamo vuestra atencion.

Son:

1. El estado congestivo sanguíneo:
 de las meninges,
 del cerebro,
 de las meninges y del cerebro.
2. El estado congestivo ó seroso:
 de las meninges,
 del cerebro,
 de las meninges y del cerebro.
3. El reblandecimiento cerebral.
4. La opacidad de la aracnóides, su engrosamiento.
5. Las adherencias meníngeas,
 cerebro-meníngeas.
6. La induración cerebral.
7. La hipertrofia cerebral.
8. La atrofia cerebral.
9. Los vicios de conformacion del cerebro y del cráneo.

Esta cifra es, por otra parte, susceptible de una gran reduccion

bajo el punto de vista de la importancia práctica; creo que sólo hay de fundamental en estas alteraciones:

La congestión sanguínea,
la congestión serosa,
el reblandecimiento,
la induración.

ESTADO CONGESTIVO, HIPERHEMIA CEREBRO-MENINGEA; MENINGITIS
CEREBRITIS; EQUIMOSIS, FALSAS MEMBRANAS

El estado congestivo se presenta como una simple inyección de las meninges, como una inyección del cerebro, ó bien como una congestión de todo el conjunto encefálico.

La inyección puede limitarse á los vasos aracnoideos, á la pia-madre, etc.

Puede ser más pronunciada en los vasos aracnoideos.

Puede formar equimosis en el tejido de la aracnoides, en el de la pia-madre. Los equimosis se observan rara vez en la sustancia cerebral.

La congestión puede dar lugar á un derrame de sangre bajo la aracnoides ó sobre esta membrana; el fluido derramado aparece bajo la forma de una jalea roja ó bajo la de una falsa membrana (1).

Puede dar lugar á derrames serosos.

Puede dejar como vestigio de su existencia un engrosamiento, una opacidad de las membranas.

Puede estar asociada al reblandecimiento cerebral.

(1) Estos últimos caracteres se refieren, indudablemente, á las producciones psiquimológicas que Quislain habia observado ya, pero que interpretaba mal, como todos sus contemporáneos. Virchow fue el que en 1857 trazó los caracteres anatómicos y las relaciones patológicas. Estas falsas membranas, exudados de la dura-madre que residen en su superficie interna en la cavidad aracnoidea, no resultan de la hemorragia. Por el contrario, ésta se forma en su tejido, entre las diversas capas que la componen ó, entre ellas y la dura-madre. Sin embargo, hay otros observadores (entre ellos Ramner y Hügelmán) que han demostrado que el derrame de sangre puede existir el primero, y ser á su vez el punto de partida de un depósito psiquimológico.

1. En los casos de congestión pronunciada, tan pronto como se ha abierto el cráneo sale sangre, y ordinariamente se mezcla con ella cierta cantidad de serosidad. En todos los puntos en los cuales se incide el cerebro, se observa en las superficies divididas un arenado rojo más ó menos marcado.

2. Los *equimosis* de la aracnoides y de la pia-madre tienen la forma de placas del tamaño de una moneda de dos pesetas, de una peseta, de media peseta. Se encuentran en las regiones temporales, frontales, parietales, occipitales, y algunas veces á lo largo de la hoz; pero muy pocas veces en las superficies medias, planos de los hemisferios.

3. Se encuentran las *falsas membranas* entre las meninges; suponen antiguos derrames. Es raro observarlas en dos masas cerebrales, y siempre se manifiestan, en los enajenados, en la superficie convexa de los hemisferios (1).

4. En casos raros la aracnoides aparece roja, ofreciendo el aspecto de una conjuntiva inflamada. Más a menudo esta membrana está como jaspeada, serpentean en todos sentidos venas llenas de una sangre de color bastante oscuro.

5. La pia-madre es la que ordinariamente ofrece el estado congestivo en los enajenados. Se presenta inyectada de un color rojo-parduzco, infartada al mismo tiempo de serosidad. El estado congestivo de esta membrana se observa principalmente en la rubicundez y la distension de los vasos que van de la pia-madre á la sustancia gris de las circunvoluciones.

6. Hé aquí lo que la abertura del cuerpo nos enseña á conocer; no se necesitan grandes esfuerzos para comprobar tales alteraciones. La estadística prueba que en los establecimientos, entre 100 cadáveres abiertos, se encuentra cuando menos 25 veces un estado congestivo de la masa encefálica.

Pero creo que esta proporción dista mucho de ser, para la generalidad de los enajenados vivos, lo que es relativamente á los cadáveres. No vacilo en asegurar que tal estado no pertenece apenas al gran número de enajenados que se restablecen; la mayor parte de los que llegan á la curación no han tenido jamás la cabeza congestionada de una manera notable.

(1) Véase la nota anterior.

7. Si nada es más fácil que descubrir el infarto vascular después de la muerte, nada tampoco reclama un sentido práctico más ejercitado que el poder hacer una justa apreciación de tal estado en el hombre vivo.

Existe en esto, lo digo con entera convicción, una dificultad excesiva. No es grande cuando el estado congestivo ha adquirido cierto desarrollo, pero esta dificultad se hace incommensurable cuando la congestión está en su primera fase de evolución.

Decir de un enajenado: hé aquí un cerebro que se congestiona, hé aquí meninges que se infartan, que se inflaman, es cosa que no puede hacer todo médico aun cuando cuente numerosos años de ejercicio.

El cerebro y las membranas pueden congestionarse, sin que por esto haya lo que se llama un estado inflamatorio. Si la inflamación fuera siempre una condición de la congestión, aun cuando se crea que existe, se verían esas numerosas eruciones que se observan en maniacos sanguíneos, robustos, los cuales ofrecen en el curso de su enfermedad síntomas que se consideran amenudo como inflamatorios, y que no son en el fondo más que un órgano vascular, y no un estado hemásico? Esto es lo que el mismo Broussais ha conocido, dando á tal estado la calificación de subinflamatorio. Es un aflujo de sangre que puede, en cierto modo, compararse á la inyección de las mejillas que acompaña á la vergüenza y al pudor; á esa inyección que se observa en los ojos, en toda la cara, en el cuello y hasta en el pulso en el hombre agitado por una violenta cólera.

8. La congestión reconoce dos condiciones esenciales que importa tener en cuenta.

Es activa, arterial; es un estado inflamatorio ó muy parecido á él.

O bien es una congestión pasiva,
venosa.

El estado activo se declara en las enajenaciones que caracterizan violentas reacciones.

No creáis, sin embargo, que el cerebro se congestiona siempre que el desórden frénico se anuncia por la violencia de las pasiones. De cada cinco casos, en cuatro las manías más avanzadas no están acompañadas de un verdadero estado congestivo.

Tal situación, debemos decirlo, conduce á las más graves y sensibles equivocaciones.

El hombre sistemático descubre una meningitis desde que se observan actos agresivos.

9. Pero la manifestación de las pasiones no es una condición morbosa, bajo cuyo poder se forma particularmente el estado congestivo.

Lo que conduce más particularmente al movimiento fluxionario de las meninges ó de la sustancia cerebral, es su alianza entre una producción de ideas muy exageradas y las pasiones fuertes. Si el paciente grita, vocifera, golpea, da sacudidas y al mismo tiempo exhala torrentes de ideas, que se entrecruzan, que chocan entre sí, puede decirse que en este hombre hay un aflujo de sangre hacia el cerebro.

DIAGNÓSTICO DEL ESTADO FLUXIONARIO CEREBRO-MENÍNGEO

10. Lo que hace nacer ciertas inquietudes en el médico, es lo siguiente:

- La persistencia de la enfermedad;
- El crecimiento del desórden que reina en las ideas;
- La falta completa de días de calma y de incidéz;
- La imagen de un delirio agudo en un caso crónico;
- La confusión, la incoherencia de las ideas, caminando á la par con la decadencia de la concepcion y de la memoria;
- Un velo que se extiende sobre todas las concepciones.

Lo que indica más francamente la congestión es:

- En primer lugar, la constitución fuerte, robusta, pletórica del sujeto;
- La inyección de la cara;
- Cierto brillo del ojo;
- Un gran calor que se desprende de la superficie del cráneo;
- La frecuencia febril del pulso;
- Los sudores, amenudo viscosos, que inundan la piel de la cabeza;
- Las orinas amoniacales, hipostáticas;
- Un aspecto especial de asombro;
- Una sordera, una ceguera de la inteligencia;
- Las ideas incoherentes.

Lo que caracteriza con más evidencia la congestión, es:

La rigidez de los miembros;
 El desorden en los actos musculares;
 La postración;
 Las evacuaciones, que son involuntarias;
 La demencia que sucede á la manía;
 Las convulsiones;
 La parálisis.

Sin embargo, rara vez, pero muy rara, los síntomas expresan un estado inflamatorio franco y tienen una terminación pronta. La enfermedad reviste generalmente la forma epónica. El enajenado puede permanecer en tal estado meses enteros y aun años.

11. Otras veces se declaran síntomas de otra forma, por ejemplo, accesos que se presentan con intervalos más ó menos próximos.

12. Una abolición repentina, instantánea, de la facultad de la palabra, una abolición repentina de todas las facultades de la inteligencia, indican una compresión de las superficies cerebrales. Estos enfermos ofrecen un falso aspecto de apoplejía, que no es la apoplejía, porque en esta situación falta ordinariamente la verdadera parálisis, es decir, la verdadera parálisis de los apopléticos: los ojos permanecen abiertos, y el enfermo puede mover libremente los brazos y las piernas.

Pero automáticamente lleva aménudo la mano á la cabeza; ésta parece que sufre sacudidas; está dirigida á la derecha ó á la izquierda; en ocasiones hay castaños de dientes, se alteran las facciones y se presenta rigidez de los miembros.

Otras veces los vómitos anuncian un progreso rápido y grave de la enfermedad.

13. En ciertos casos muy raros, la muerte sobreviene después de algunas semanas de enfermedad.

14. Estos síntomas pueden disiparse con el empleo de un tratamiento conveniente, y el enfermo entra entonces en vías de curación.

15. Al hablar de las crisis, del tratamiento, tendré cuidado de manifestaros que la curación ya precedida algunas veces de un estado febril, comatoso; no debe confundirse semejante situación con la que puede resultar de un orgasmo congestivo, inflamatorio, de las meninges ó del cerebro.

16. En todo este conjunto hay que considerar fases, períodos. Hay un primer período en el cual las ideas sirven de cojor á las

pasiones; mientras son claras, aunque extravagantes, no hay que temer el estado congestivo y sus consecuencias.

17. A este período sucede una fase de oscuridad de las ideas y de desorden en su manifestación.

Teneis además un tercer período, el que marca la extinción gradual de las facultades del entendimiento.

18. No debe buscarse semejante estado en las enajenaciones simples, en esas situaciones en las cuales una exaltación del sentimiento ó bien una impulsión aislada de la voluntad caracteriza la afección.

No le encontraréis en las vesanias morales, en las manías razonantes, en las manías ambulantes y otras que carecen de un trastorno marcado en las ideas.

Debeis sospechar su existencia si desde el principio del mal observais á la vez pasiones violentas y una fuerte perturbación en el dominio de las concepciones; si observais ideas que recuerden un estado de embriaguez bastante pronunciada; si desde el principio la conversacion del enfermo es incoherente; si sus palabras no tienen objeto ni relacion entre sí, y hay al mismo tiempo exageracion ó gran debilidad en el pensamiento; si las respuestas del enfermo tienen cierta extravagancia; si preconiza de una manera pueril su bravura, sus riquezas, su capacidad intelectual.

El Dr. Bayle fué el primero que dió á conocer algunas relaciones entre las nociones de tamaño y el estado congestivo de las meninges y de la sustancia cortical de los hemisferios.

En presencia de tal conjunto de síntomas, puede creerse que se forma una congestión en la superficie del cerebro. Es un estado que debeis suponer, sobre todo cuando el sujeto se ha entregado á excesos con las bebidas espirituosas.

Le encontraréis en personas que han quedado enajenadas á consecuencia de la accion de los rayos solares sobre el cráneo, ó bajo la influencia de la accion irradiante de un fuego muy vivo.

Se observa asimismo en los casos de retropulsión de un exantema, de un dartros.

19. En la manía le encontraremos más veces como un fenómeno accidental. Por su aparición en el curso de esa afección reconoceréis aménudo el paso de la manía á la demencia, revistiendo un estado á veces incurable.

Veréis los mismos fenómenos en la parálisis general, en la que

un orgasmo fluxionario acompaña tan amenudo á la descomposicion del tejido cerebral.

Estos síntomas aparecen rara vez en la melancolía, en el delirio, en el éxtasis.

En el delirio, sobre todo el que se halla caracterizado por alucinaciones ó ilusiones sin incoherencia de las ideas, apenas debéis temer tal estado.

20. Cuando la congestion forma derrames sanguíneos entre las meninges, los síntomas son ordinariamente muy alarmantes.

Se traducen por un cambio repentino sobrevenido en el estado físico y moral del enfermo.

Ante todo mencionaremos un estado comatoso, una pérdida notable en la suma de los actos intelectuales.

En otras circunstancias hay una hemiplegia incompleta.

En otras tensiones musculares, sobresultos, que se manifiestan en una ó en las dos mitades del cuerpo.

La boca y la lengua rara vez están desviadas; tampoco se observa nada anormal en los párpalos.

Algunas veces hay verdaderas convulsiones, acompañadas de una suspension completa de todos los actos sensoriales.

Tales síntomas se disipan, se presentan bajo la forma de accesos marcados por tensiones, parálisis y convulsiones.

En los intervalos el enfermo presenta otra *fiación*, reina en él una calma falsa; el enajenado habla menos que de costumbre, pero experimenta á veces repentinamente un obstáculo á la palabra; durante una ó dos horas apenas puede hablar; sin embargo, recobra semejante facultad.

Por espacio de algunos dias arrastra la pierna; no tiene fuerza en uno de sus brazos.

Los indicios de la exaltacion maniaca ceden su puesto á un estado de inercia.

Esta suspension de la palabra, esta especie de parálisis, esta tension de los músculos, estas convulsiones, constituyen un grupo de síntomas que tiene alguna analogía con los fenómenos que distinguen el reblandecimiento cerebral. Pero en éste hay otros caracteres: el aspecto de la parálisis general. Este último estado no es apenas la consecuencia de un estado congestivo simple, que rara vez determina el reblandecimiento cerebral.

21. Al establecer el diagnóstico de estas congestiones, de estas

inflamaciones especiales, guardaos de ver en los fenómenos que la caracterizan toda la enfermedad.

Como tendré ocasion de decir más tarde, la enajenacion mental no es por su naturaleza íntima un estado congestivo, una inflamacion. La inflamacion puede desarrollarse en la enajenacion, puede estar íntimamente combinada con este primer estado, pero no rasme toda la afeccion maniaca.

22. Si un maniaco epiléptico muere durante el acceso convulsivo, podemos casi afirmar que se encontrará un estado congestivo rojo de las meninges y de la sustancia cerebral, y hasta equimosis, sangre extravasada en el tejido de las membranas, particularmente en las regiones temporales. Si el epiléptico muere en el intervalo de los accesos, nada de esto se encuentra. Así sucede en la enajenacion; el estado congestivo se halla subordinado á la exaltacion de los fenómenos intelectuales. Algunas veces, en los maniacos epilépticos se observan considerables equimosis en las conjuntivas. Nunca se observa este fenómeno durante los periodos que separan los accesos convulsivos. Nos demuestra que el cerebro excitado puede enviar su excitacion á los capilares de las partes inmediatas; nos explica en cierto modo por qué en el estado de exaltacion del pensamiento y de las pasiones; las meninges, la pia-madre ó la arañoides presentan un estado congestivo mejor que el cerebro mismo.

Este último fenómeno indica que la enfermedad no existe siempre donde se forma la congestion, y que ésta es algunas veces resultado de otro trastorno que obra sobre el sistema capilar que propaga á lo largo de los vasos. Está fuera de duda que la exaltacion que se observa en los maniacos determina la inyeccion vascular. Pero es verdad tambien que tal estado no es constante en todos los casos. Además, no conocemos apenas el estado del sistema vascular cerebral en el primer periodo de la manía, porque la ocasion de abrir cadáveres de maniacos muertos durante esa fase inicial de la enfermedad se presenta muy rara vez; las afecciones crónicas son las que más amenudo se ofrecen á nuestra investigacion. ®

En este momento no puedo presentaros ningun enfermo que ofrezca los síntomas de una congestion fluxionaria considerada en

su primera fase, y, sin embargo, contamos aquí con una población de cerca de 500 personas. No puedo enseñaros más que casos de demencia con ó sin parálisis general, en los cuales se observan indicios de un estado de irritación congestiva.

Son sujetos jóvenes todavía, robustos, sanguíneos, que presentan cierto asombro en la mirada, esa lucidez de ideas, esa debilidad de la inteligencia de que acabo de hablarlos.

Encontraremos ese estado en el reblandecimiento cerebral, de que os hablaré bien pronto.

CONGESTIONES VENOSAS Ó NEGRAS

23. Respecto á este particular, creo que hay en los enajenados congestiones venosas independientes de las congestiones que proceden de un organismo nervioso.

24. Los casos de hiperemia venosa son frecuentes en la demencia que ha sucedido á la manía crónica. Amenudo, cuando los enfermos han gritado ó vociferado mucho, se encuentra la sustancia cerebral infartada de un sangre negra.

Las angustias que experimentan ciertos enajenados deben, como ya es he dicho, influir desfavorablemente sobre la circulación de la sangre del cerebro, de las meninges, sobre todo de la pia-madre, ese epíloon, ese divertículo de la circulación cerebral.

He encontrado en la aracnóidea de los enajenados sujetos á accesos de asma pleurica roja, cuya formación creo debe atribuirse al desorden de la circulación pulmonar.

25. En la melancolía se encuentran á veces los senos y las venas de la aracnóidea muy infartados, pero rara vez puede admitirse una congestión activa en tales enfermos. La hiperemia cerebral determina un estado congestivo de todo el sistema venoso.

No perdais de vista que algunas veces la congestión es sólo aparente, y que se debe á una hipostasis cerebral formada en los últimos instantes. Así, la parte de la lengua sobre la cual descansaba el enfermo en su agonía, está amenudo infartada de sangre, mientras que las venas están vacías. Se observan amenudo congestiones en las regiones occipitales, sobre las cuales estaba acostado el enfermo al exhalar el último suspiro. Siempre he encontrado las re-

giones frontales menos congestionadas que la base y las partes posteriores del cráneo.

Por no haber tomado en consideración ese punto de anatomía patológica, se ha creído amenudo en una congestión cerebral en los puntos en que el infarto sanguíneo no era más que un estadio vascular formado en las partes más declives del cerebro.

27. El estado congestivo constituye en la parálisis general un síntoma muy frecuente; entre 25 casos, se observa cuando ménos 11 veces.

EXÁMEN MICROSCÓPICO

28. He sometido al microscopio la sustancia cerebral no reblandecida, convenciéndome de que el resultado anatómico de la congestión consiste en un desarrollo celular. Puede decirse que las células primitivas, que constituyen la trama íntima del cerebro, sufren en la congestión cierta distensión, que se hinchan por la presencia de un líquido.

Existe una notable diferencia entre la sustancia cerebral congestionada y la que no lo está: en la primera, el campo microscópico se cubre de una capa de sustancia granujienta mezclada con corpúsculos que creo sean grasosos, pues se disuelven en el éter. En la sustancia congestionada, todo el campo microscópico ofrece el aspecto de una superficie cubierta de células de diversas dimensiones, sembradas de corpúsculos grasosos que, en muchos puntos, se manifiestan bajo la forma de estratos.

Dire, respecto á los corpúsculos, que se observan en los cerebros sanos lo mismo que en los corpúsculos enfermos.

He aquí dos figuras: la primera, observada en un maníaco, representa un estado congestivo de la sustancia cortical de los hemisferios; la segunda (fig. 2) es un estado cerebral sano, que indica la materia nerviosa tomada en la sustancia gris de las circunvoluciones cerebrales.

La fig. 3 reproduce la sustancia medular de un maníaco que no ha ofrecido síntomas congestivos. No difiere de la sustancia cerebral de un sujeto absolutamente sano (4).

(4) Teniendo en cuenta los estudios más recientes sobre la estructura his-

II

COLECCIONES SEROSAS

1. Se observan en los enajenados acumulaciones serosas en las cavidades de las membranas y en los ventrículos.

El humor que llena estas cavidades ofrece un color más ó menos cetrino, claro.

La pia-madre es la que principalmente está edematizada; el edema se une al mismo tiempo á una congestión venosa.

Algunas veces se encuentra la aracnóidea, la pia-madre, ó bien ambas membranas á la vez, hinchadas, edematizadas, tumefactas.

La serosidad está más amenudo acumulada entre las meninges que en los ventrículos.

Las colecciones subaracnóideas son las más frecuentes.

2. Recientemente se ha descubierto un edema en el mismo cerebro.

Los Sres. Foville y Ferrus fueron los primeros que hablaron en términos precisos de una infiltración intersticial del cerebro. Verdad es que Esquirol había ya hecho mención de tal estado. Estos observadores aseguran que el cerebro de ciertos enajenados está tan infartado de jugos acuosos, que se ve salir una serosidad abundante en la superficie de las partes incindidas, y que, comprimiendo el órgano, puede salir en gran cantidad.

El Sr. Etoc ha estudiado el edema del cerebro de una manera especial, indicando la especie de enajenación en la cual se encuentra más amenudo.

3. El origen de las colecciones serosas es, bajo muchos puntos

patológica del cerebro, sobre todo los trabajos de Luys, His, Meynert, etc.; estos datos microscópicos, lo mismo que los que encontraremos más adelante, parecerán muy vagos, muy incompletos. Advertiremos, sin embargo, que la patología histológica — si cabe emplear tal denominación — está todavía hoy en la infancia. Las alteraciones de la célula cerebral son todavía bastante poco conocidas, lo mismo que su modo de funcionar. Se encontrará un excelente resumen de estos datos microscópicos en *Bunckhill and Tuke's psychological medicine*.

de vista, un enigma en el estudio de las enfermedades mentales. Debe atribuirse generalmente á un estado congestivo venoso. Pue-



Fig. 1.—Masa: estado congestivo. — 2. Estado fudológico. — 3. Masa: granulo s grisoso. — 4. Congestion anómica de r. Diodocimiento. — 5. Reblandecimiento de la sustancia cortical. — 6. Reblandecimiento de la sustancia cortical: estelas granosas, glóbulos menudísimos con celulas nucleóidas. — 7. Reblandecimiento de la sustancia cortical: estado de las células nucleóidas. — 8. Reblandecimiento exagerado.

den referirse á un movimiento fluxionario activo, pero éste se observa muy rara vez. Además se encuentra frecuentemente, en vez de una inyección roja de los vasos, un estado verdaderamente anémico de la sustancia cerebral. En muchos casos de demencia crónica, se forman colecciones serosas cuando el cerebro, disminuido de volumen, se deja de la hoja interna del cráneo. Los experimentos del Dr. Magendie, que ya conocéis, explican, al parecer, la formación de un fluido intracraneario siempre que se produce un vacío entre la superficie del cerebro y la superficie interna del cráneo.



4. He aquí un enfermo que ya habéis visto, y que he diagnosticado de estupidez. Voy á presentaroslo de nuevo para daros á conocer los síntomas, ó, por mejor decir, las aparencias que anuncian la presencia en el cerebro de un exceso de serosidad infiltrada en la trama nerviosa misma, y quizás tambien en la superficie de las circunvoluciones.

Toda la cabeza parece tumefacta.

El color de la piel de la cara es especial; ha perdido su frescura y se ha vuelto venoso.

Reina una pesadez en los párpados.

El ojo ofrece un aspecto especial; demuestra el dolor y la falta de intaligencia.

El globo ocular forma eminencia detrás de los párpados.

Los párpados están ligeramente infiltrados.

Las pestañas húmedas.

La cabeza inclinada sobre el pecho.

El enfermo está abafado, su actitud es grave.

Sólo responde con las palabras sí ó no.

Evacua las orinas involuntariamente.

Falta la tensión de la parálisis general.

No se observa ninguna vacilación en la palabra, nada en las ideas que anuncie exageraciones ó concepciones ambiciosas.

5. Considerad todos estos signos en su conjunto y llegareis á un fenómeno colectivo.

Este fenómeno es un estado de estupefacción, de abatimiento moral. Así, los observadores más recientes han llegado á admitir

siempre en la estupidez una colección serosa y hasta el edema del cerebro.

Las colecciones serosas se anuncian siempre por alguna falsa apariencia de estado comatoso.

Este recuerda en ocasiones la apoplejía serosa.

6. Por lo general, no es fácil juzgar de la presencia de esta clase de colecciones. Hay casos en que es imposible decir si después de la muerte se encontrarán ó no colecciones acuosas, ora entre las membranas, ora en los ventrículos.

7. Algunas veces se forman prontamente, y entónces el diagnóstico suele ser bastante fácil.

8. Pero más amenudo nacen de una manera latente, y entónces se hace más difícil juzgar de la presencia de tales colecciones.

9. El maníaco que veis allá... vociferaba noche y día hace muchos meses.

Hará algun tiempo dejó bruscamente de hablar. Se declaró un estado comatoso especial, durante el cual el enfermo no manifestaba ningún acto intelectual. Sin embargo, el ojo estaba abierto; este paciente estaba al parecer atento á cuanto se le decía, aunque no lo comprendía. Los vómitos acompañaron en primer término á la invasión de tal estado de estupor; á lo dicho se unieron movimientos automáticos de la cabeza; los movimientos subconvulsivos de las manos le caracterizaron tambien, lo mismo que la evacuación involuntaria de las orinas.

Sucede que esta situación, ora sea marcada por una agravación progresiva, ora por una hemiplegia, es un estado que se distingue de la apoplejía sanguínea por la movilidad de la parálisis; ésta cambia de lugar ó se desvanece, ora espontáneamente, ora bajo la influencia de un purgante ó de otro agente de derivación.

Estos síntomas pueden observarse en los diversos géneros de frenopatías como afecciones incidentales. Se encuentran en algunos casos muy raros de melancolía; existen tambien en la manía; son frecuentes en la demencia, pero no se presentan apenas en el delirio. En ocasiones se refieren á una congestión activa del encéfalo; en tal caso la piel está caliente, hálitosa; la cara presenta una inyección roja que se encuentra hasta en los ojos.

El estado seroso apoplejiforme se ve con frecuencia en la parálisis general, de la cual no es más que uno de los síntomas más constantes. Se anuncia por parálisis transitorias de uno ó otro párpado,

por parálisis de un brazo, de una pierna, que ofrecen la particularidad de desaparecer en pocos días.

10. En los casos crónicos, los signos más evidentes deben deducirse en mi concepto:

a) Del estado de los párpados, contrastando con el del resto de la cara; de cierta palidez; de un aspecto nacarado, opalino, de una infiltración de estos velos, aparente sobre todo en el párpado inferior, distendido sin duda alguna por un humor seroso.

b) Del estado de las pestañas, amenuño húmedas.

c) De una abundante secreción de fluido seroso, que se abre pasó por los bordes palpebrales.

d) De los ligeros equimosis que se presentan alrededor de los ojos ó en el pabellón de la oreja.

e) De un estado anormal de las pupilas.

f) De una ligera agitación febril que se manifiesta de vez en cuando.

g) De una dificultad más ó menos pronunciada en los movimientos.

h) De un estado hemipléjico ó paralítico general.

i) De las parálisis transitorias que se disipan al cabo de algunos días, reapareciendo más tarde.

k) Del alivio que el enfermo experimenta cuando se establece espontáneamente un vejigatorio, el cual produce una evacuación de serosidad, y se manifiesta ordinariamente en las extremidades bajo la forma de flictenas.

l) De una turgescencia venosa de la cabeza, del estupor.

11. En un hidrocefalo propiamente dicho, hay indicios casi ciertos por los cuales se reconoce la presencia de una colección serosa; el vómito y un sopor marcan los progresos del mal; la dilatación de las pupilas, el estrabismo, la parálisis de los párpados, los gritos agudos y la excesiva lentitud del pulso, vienen á confirmarlo. Pero en el hidrocefalo de los enajenados, todo es amenazado duda ó incertidumbre. En muchos enfermos se encuentran, después de la muerte, colecciones serosas que no se habían sospechado antes.

LECCION DÉCIMASEXTA

(CONTINUACIÓN)

TERCERA PARTE

III

REBLANDECIMIENTO CEREBRAL

UN SUJETO ATACADO DE PARÁLISIS GENERAL

I. — El enfermo que se presenta á nuestro examen, es de unos 30 años de edad poco más ó menos; se encuentra en este establecimiento hace algunos meses.

Reconocéis su enfermedad al primer golpe de vista; esa mirada nebulosa, ese modo de sostenerse tan inseguro, no puede engañarnos en manera alguna.

Es una parálisis general.

Haced hablar á ese hombre, y observareis la vacilación de la palabra de que ya os ha hablado; obligadle á que se mueva, y apreciareis la incertidumbre de sus movimientos. Nada más extraño que sus discursos; os habla en ruso, en danés, en español; os entretiene ocupándose de sus hijos, de su bella esposa, de sus vistosos trajes, del dinero que ha ganado y de las sumas que ganará.

Entre los enajenados de esta categoría debe buscarse el reblandecimiento cerebral.

Esta alteración se presenta en la parálisis general.

No existe en todos los casos de dicha enfermedad, pero se encuentra exclusivamente en esta afección.

por parálisis de un brazo, de una pierna, que ofrecen la particularidad de desaparecer en pocos días.

10. En los casos crónicos, los signos más evidentes deben deducirse en mi concepto:

a) Del estado de los párpados, contrastando con el del resto de la cara; de cierta palidez; de un aspecto nacarado, opalino, de una infiltración de estos velos, aparente sobre todo en el párpado inferior, distendido sin duda alguna por un humor seroso.

b) Del estado de las pestañas, amenuño húmedas.

c) De una abundante secreción de fluido seroso, que se abre pasó por los bordes palpebrales.

d) De los ligeros equimosis que se presentan alrededor de los ojos ó en el pabellón de la oreja.

e) De un estado anormal de las pupilas.

f) De una ligera agitación febril que se manifiesta de vez en cuando.

g) De una dificultad más ó menos pronunciada en los movimientos.

h) De un estado hemipléjico ó paralítico general.

i) De las parálisis transitorias que se disipan al cabo de algunos días, reapareciendo más tarde.

k) Del alivio que el enfermo experimenta cuando se establece espontáneamente un vejigatorio, el cual produce una evacuación de serosidad, y se manifiesta ordinariamente en las extremidades bajo la forma de flictenas.

l) De una turgescencia venosa de la cabeza, del estupor.

11. En un hidrocefalo propiamente dicho, hay indicios casi ciertos por los cuales se reconoce la presencia de una colección serosa; el vómito y un sopor marcan los progresos del mal; la dilatación de las pupilas, el estrabismo, la parálisis de los párpados, los gritos agudos y la excesiva lentitud del pulso, vienen á confirmarlo. Pero en el hidrocefalo de los enajenados, todo es amenazado duda ó incertidumbre. En muchos enfermos se encuentran, después de la muerte, colecciones serosas que no se habían sospechado antes.

LECCION DÉCIMASEXTA

(CONTINUACIÓN)

TERCERA PARTE

III

REBLANDECIMIENTO CEREBRAL

UN SUJETO ATACADO DE PARÁLISIS GENERAL

I. — El enfermo que se presenta á nuestro examen, es de unos 30 años de edad poco más ó menos; se encuentra en este establecimiento hace algunos meses.

Reconocéis su enfermedad al primer golpe de vista; esa mirada nebulosa, ese modo de sostenerse tan inseguro, no puede engañarnos en manera alguna.

Es una parálisis general.

Haced hablar á ese hombre, y observareis la vacilación de la palabra de que ya os ha hablado; obligadle á que se mueva, y apreciareis la incertidumbre de sus movimientos. Nada más extraño que sus discursos; os habla en ruso, en danés, en español; os entretiene ocupándose de sus hijos, de su bella esposa, de sus vistosos trajes, del dinero que ha ganado y de las sumas que ganará.

Entre los enajenados de esta categoría debe buscarse el reblandecimiento cerebral.

Esta alteración se presenta en la parálisis general.

No existe en todos los casos de dicha enfermedad, pero se encuentra exclusivamente en esta afección.

Deseo familiarizarnos con los nombres que tienen relación con esa alteración del tejido cerebral, tanto tiempo ignorada.

2. Al Dr. Rostan debemos el conocimiento de los principales caracteres anatómicos del reblandecimiento cerebral. Algunos síntomas apopléjicos le habían hecho descubrir en la autopsia, no coágulos de sangre, sino un detritus cerebral. — Debemos advertir que las observaciones de este autor se refieren á personas de edad avanzada no atacadas de enajenación mental.

Los Sres. Delaye, Foville y Grandchamp dieron á conocer en los enajenados el reblandecimiento y el sitio que ocupa en la sustancia cortical del cerebro.

El Sr. Lallemand, refiriendo el delirio á una inflamación de las meninges, sobre todo á la de la aracnoides, debe también citarse en el número de los que han trazado la historia de la afección que nos ocupa.

En una voluminosa colección de observaciones, el Sr. Bayle se ha esforzado en probar que hay dos síntomas que distinguen el reblandecimiento del cerebro: las ideas ambiciosas y la parálisis general de los miembros.

Al Dr. Calmeil debemos el trabajo más completo que se ha publicado hasta el día sobre esta afección. Sus trabajos han tenido exclusivamente por objeto la enajenación mental. Ha descrito la parálisis general, y ha fijado la atención sobre la frecuencia del reblandecimiento cerebral, lo mismo que de otras alteraciones patológicas, como el engrosamiento, el infarto de las meninges, las colecciones serosas.

Por sus investigaciones microscópicas, el Sr. Parchappe ha ilustrado mucho el sitio del reblandecimiento y los síntomas que le caracterizan. El Sr. Parchappe ha demostrado que el reblandecimiento se presenta en las proporciones de dos casos por cada 100 cadáveres abiertos, y de cinco por cada 31 paralizados.

El Sr. Rodríguez de Montpellier, en una Memoria especial, ha publicado una serie de interesantes observaciones sobre la afección que nos ocupa.

Al mismo tiempo que los médicos alienistas han procurado esta-

blecer la correlación entre el reblandecimiento cerebral y la parálisis general, otros han estudiado el reblandecimiento bajo un punto de vista general.

Entre estos últimos debemos citar á los Sres. Durand-Fardel, Vogel, Valentin, Gluge y Pool (1).

FENÓMENO ESTUDIADO EN EL HOMBRE VIVO

3. Los signos que indican el reblandecimiento cerebral, son: la parálisis caracterizada por la interrupción en la formación vocal, el trastorno en los movimientos y el desórden en la marcha.

Toda una serie de fenómenos que preceden ó que acompañan á este estado, anuncia que el reblandecimiento se prepara cuando no existe todavía de una manera apreciable. Entre estos fenómenos, la debilidad que sufren los actos intelectuales, la dificultad en la pronunciación, la que el enfermo experimenta para ejecutar los movimientos generales, son los indicios por los cuales el médico se decide con más dificultad cuando se trata de determinar si el cerebro se halla en estado de fasion, ó si solo hay progresos ó apariencia de esta desorganización.

El reblandecimiento no es, sin embargo, el fenómeno anatómo-patológico que se encuentra en todas las parálisis generales.

Acabo de decirlo: sólo la sexta parte de los enfermos atacados de parálisis general presenta al hacer la autopsia signos inequívocos de un *deliquium* de la sustancia cerebral.

Así, toda parálisis general, recordadlo bien, no anuncia el reblandecimiento.

¿Cuál es el indicio por medio del cual podrá reconocerse esta lesión orgánica?

Al llegar á este punto no puede ocultarse la dificultad.

Si consulto mis propias observaciones, descubro en la parálisis general otra parálisis que me anuncia que la sustancia cerebral se descompone.

(1) Al lado de estos autores debemos citar, y lo hacemos con mucho gusto, á nuestro ilustrado amigo el Dr. Jaime Vera, cuyo trabajo sobre la *Parálisis de los enajenados* merece nuestros elogios, que ya lo han tributado únicamente otros profesores de más valía. — (N. de los T.)

Es un estado paralítico permanente, ascendente y progresivo. Tal estado no es la parálisis apoplejiforme, pero es algo que se le parece.

Es un trastorno duradero en los movimientos musculares, una vacilación creciente en la palabra, una pérdida completa ó casi completa de la inteligencia.

Si los movimientos reaparecen durante el período de exaltación, si la vacilación vocal cesa durante algunos días, no creo en la existencia de un reblandecimiento, pero deduzco que está en vías de formación.

Las ideas de grandeza, las ideas de exageración, el aspecto pueril, que recuerdan los caracteres propios de la embriaguez, no son signos que anuncien exclusivamente el reblandecimiento.

Se refieren á una modificación de la sustancia gris, á un trabajo de descomposición que se prepara.

Ahora bien, el indicio más característico de tal estado, son las parálisis claramente representadas.

Se revela generalmente por una gran descomposición que se manifiesta en las facciones, y que es tal que casi se puede precisar el momento en que se verifica el reblandecimiento.

Además, esta lesión de la sustancia cerebral se hace reconocer por invasiones que recuerdan los derrames de la apoplejía.

El Sr. Leuret llama la atención sobre una ligera desviación de la lengua.

Lo cierto es que, en muchos casos de parálisis general, este órgano está dirigido hacia el lado derecho ó hacia el izquierdo; pero no debe verse en este fenómeno un signo cierto del reblandecimiento.

4. La sustancia cortical se encuentra casi siempre reblandecida en los enajenados; entónces pueden estarlo sus capas profundas ó sus capas superficiales.

En algunas veces hay reblandecimiento de la sustancia blanca, pero con ménos frecuencia la alteración interesa esta sustancia de una manera exclusiva; otras veces están reblandecidas al mismo tiempo la capa gris y la sustancia blanca.

Las partes más amenazadas son, según mis investigacio-

nes, las regiones parietales y después las partes frontales. Algunas veces, y aun con bastante frecuencia, el reblandecimiento invade el borde superior mediano de los hemisferios. Es raro ver que la alteración se extienda por toda la superficie media. En ocasiones se encuentra en los enajenados el reblandecimiento de los tálamos ópticos, de los cuerpos estriados, del cerebelo.

En el cadáver se reconoce el reblandecimiento cerebral:

- 1.º Por el aspecto anormal de la parte afecta.
- 2.º Por la falta de consistencia de la sustancia cerebral.
- 3.º Por cambios sobrevenidos en la estructura íntima y comprobados por el exámen microscópico.

Aspecto exterior.—La sustancia gris adquiere un color ceniciento, verdoso; algunas veces violáceo, otras amarillento, lívido, rosáceo, parduzco; puede también presentar otro color raro.

Falta de consistencia.—La sustancia cerebral cede á un ligero esfuerzo; un cuerpo resistente más ó ménos agudo, penetra en ella con facilidad; se transforma en papilla, en un elemento semifluido, que se quita fácilmente con el corte del escalpelo.

La primera condición pueda existir sin que haya falta de consistencia; constituye el grado inicial de esta alteración.

El reblandecimiento ocupa, por lo general, una vasta extensión; rara vez se limita á algunos puntos. Sin embargo, en ocasiones se manifiesta bajo la forma de grietas, excoriaciones y hasta úlceras del tamaño de un guisante, una moneda de media, una ó dos pesetas, etc. He encontrado estas úlceraciones en la region frontal de los hemisferios, en las sienes, en el occipucio, no interesando más que la sustancia gris, que parece como corroída.

Es raro que el reblandecimiento cerebral constituya un hecho aislado; suele estar al mismo tiempo asociado á otras alteraciones, por ejemplo, colecciones serosas, infartos vasculares, adherencias, engrosamientos de la aracnoídes.

EXÁMEN MICROSCÓPICO

La ciencia se ha enriquecido ya con algunos trabajos hechos para descubrir la alteración íntima del reblandecimiento cerebral.

Los Sres. Vogel y Gluge, M. Pool, de Amsterdam, han comuni-

cado el resultado de algunas investigaciones que no carecen de interés.

Véanse las obras siguientes:

(Vogel, *Lecons histologie pathologique.*

Gluge, *Atlas der pathologische Anatomie.*

Poel, *Beschryving enver reëfsel-onluarling van de mergstof der groote hersenen.*)

Se ha encontrado en la sustancia cerebral examinada al microscopio:

el infarto capilar,
extravasaciones sanguíneas,
productos fibrinosos inflamatorios,
células con núcleos,
glóbulos de sangre aislados,
glóbulos grasas,
cúmulos de sustancias rojas.

Tales investigaciones han tenido por objeto de estudio sujetos no enajenados. Podéis leer acerca de este asunto los experimentos practicados por Gluge y Thierriessé para producir reblandecimientos artificiales.

Mis estudios se refieren lo mismo al hombre enajenado que al hombre sano.

He comparado constantemente el estado de salud de la sustancia cerebral con su estado patológico; era el único medio de no equivocarse.

He examinado, pues, cerebros enajenados y cerebros sanos.

He pasado revista al cerebro, el cerebelo y la médula oblongata. La sustancia gris y la sustancia blanca han sido estudiadas á la vez.

En mis primeros trabajos he podido comprobar que los resultados obtenidos por ellos eran diferentes de los publicados por los micrografos que acabo de citar.

No he encontrado los indicios de un estado inflamatorio citado por ellos, ni coagulaciones fibrinosas, ni corpúsculos inflamatorios, ni islotes de sustancia roja.

Es, pues, interesante determinar qué diferencia puede existir entre el reblandecimiento de un individuo no enajenado y el que pertenece á una enajenación mental.

La sustancia gris de un maniaco, examinada al microscopio de

Oberhauser, á un aumento de 400 diámetros, me hizo ver el campo del instrumento sembrado de corpúsculos, de especies de nucleolos opacos de una forma bastante regular, pero diseminados irregularmente; se disolvían en el éter, lo cual me indicó su naturaleza grasosa. En los cadáveres de sujetos no enajenados, he encontrado los mismos corpúsculos. Importa, pues, no considerarlas como un resultado morboso.

El resto del campo microscópico parece formado por una trama estólida, granulosa.

En esta trama se verifican los fenómenos histológicos morbosos.

Si la sustancia cerebral está simplemente congestionada, como ya habeis podido ver, observais una infinidad de células que ofrecen el aspecto de una placa de mármol llamado de Florencia.

Si la congestión ha pasado al estado de reblandecimiento, tendreis los mismos elementos, pero modificados.

Todo el campo microscópico forma entonces una superficie compuesta de dichas células. Estas presentan una gran irregularidad en su disposición, lo cual puede, en rigor, depender de la tracción que sufre la sustancia cerebral mientras se coloca en el cristal del campo microscópico. Estas células tienen formas poligonales, y se distinguen visiblemente en su interior un núcleo. Cada una de ellas no tiene ordinariamente más que un solo núcleo; muchas células están vacías, y es fácil ver que se presentan núcleos diseminados aquí y allá. Las células parecen engastadas en todas partes. En diferentes puntos se observan células grasosas, que se reconocen por su mayor volumen y por su transparencia.

En algunos puntos se descubren glóbulos sanguíneos; pero más voluminosos que los glóbulos de sangre propiamente dichos; parecen distendidos, hinchados.

Después de muchos tanteos y con un aumento menor, me ha sido algunas veces posible encontrar capilares que estaban llenos de glóbulos sanguíneos deformes. En la superficie de la sustancia cortical es donde he encontrado estos capilares distendidos; más profundamente, hacia la sustancia blanca, no he podido distinguirlos del fondo del campo formado por la masa de las células nucleóides.

Las figuras adjuntas os permitirán juzgar de la forma de la alteración que experimenta la trama nerviosa en el reblandecimiento cerebral.

La figura 4 representa un estado congestivo de la sustancia cortical, sin reblandecimiento apreciable á simple vista, en el cual el sujeto ha ofrecido síntomas paralisiformes.

La figura 5 representa los cambios que ha sufrido la sustancia cortical en un sujeto atacado de parálisis general. El campo del microscopio ofrece un conjunto compuesto de vesículas nucleóides y de vesículas vacías. Es un caso de reblandecimiento.

En las figuras 6, 7 y 8 veis reblandecimientos completos. Se representan los mismos elementos: vasículas, nucleolos, corpúsculos grasosos.

Hé aquí las lesiones que pueden demostrarse experimentalmente; pero hay en esta enfermedad toda una serie de fenómenos, de los cuales solo se puede tener una idea haciendo uso de la imaginación y del raciocinio.

En ocasiones nos es dado extender el juicio más allá de los límites que nos imponen nuestros sentidos; hay demostraciones, pruebas interpretativas, resultantes del examen consultivo de muchos hechos que, considerados aisladamente, no tienen a menudo ningún valor.

FENÓMENOS ÍNTIMOS

6. Hé aquí cómo se puede figurar la sucesión de los fenómenos que caracterizan la formación del reblandecimiento cerebral en los enajenados.

Ante todo, una excitación que parte de las pasiones, de las ideas; un estímulo producido por el uso de los líquidos espirituosos, ó de otro modo.

Un acúmulo permanente en los capilares de los fluidos circulatorios.

La distension de los capilares.

Infartos.

La estancacion de los fluidos en otros vasos.

Una trasudacion serosa en las areolas orgánicas.

Una acumulacion de los fluidos serosos en el tejido de la pia-madre.

Una penetracion de estos fluidos en la sustancia gris del cere-

bro, efectuada á través de los conductos que dan paso á los capilares, los cuales unen la pia-madre á la sustancia cortical.

Después, la deformacion de las células primitivas.

La distension considerable de estas células.

El cambio de lugar de sus núcleos.

Indudablemente las células nucleóides que se dejan ver en el reblandecimiento no son de nueva formacion; son las células del tejido fundamental de la sustancia gris (1); pero se presentan 10 veces mayores de lo que lo son en estado normal. Es que, en el reblandecimiento, un fluido seroso salido de los vasos ha penetrado en su interior y provocado su distension. Hay una verdadera imbibicion.

En mi concepto, hay en el reblandecimiento de los enajenados una maceracion de la sustancia cerebral, una distension y una rotura de células primitivas.

Detengámonos algunos instantes acerca de lo que acabo de llamar los conductos que dan paso á los capilares que van de la pia-madre á la sustancia gris.

Estos conductos, que no han fijado la atencion de nadie, que solo se descubren con el auxilio de la lente, son en pequeño, con relacion á los capilares de la sustancia cortical, lo que los conductos del hígado, provistos de la capsula de Glisson, son, en grande, á los vasos de la vena porta, á las arterias y á los conductos biliares. Millares de capilares, apreciables á simple vista en los casos de éxtasis ó de inflamacion, parten de todos los puntos de la pia-madre y se hunden en la sustancia cortical; por el intermedio de estos vasos, que no se hallan anastomosados entre sí, la pia-madre está siempre adherida á la sustancia gris de las circunvoluciones, hasta el punto de que se necesita un ligero esfuerzo para desprender esta meninge de la superficie exterior del cerebro. En los casos de congestion, estos capilares adquieren un volumen tal que se les puede distinguir á simple vista.

7. Así, se comprende sin pena que, en los casos de una coleccion serosa entre las meninges, los líquidos derramados bajo la pia-madre entre esta meninge y las circunvoluciones pueden abrirse un camino hasta la trama íntima de la sustancia cortical, acompañando á los vasos en su trayecto. Esta infiltracion produce la maceracion

(1) Con todo, se encuentran á veces en tales casos células coloides de nueva formacion.

de la sustancia cerebral; puede verificarse de dos maneras: ó por flúidos procedentes de las meninges, ó directamente por exudaciones de los capilares de la sustancia gris. Creo que, en los enajenados, el primer modo es el más frecuente.

En otro lugar he fijado la parte que deben tomar en la formación del reblandecimiento los derrames serosos. La serosidad, por su contacto prolongado y por los elementos salinos que contiene, debe concluir por penetrar en la sustancia cerebral, compuesta de elementos celulósos, albuminosos y grasosos. La razón nos dice que debe separar esos elementos (tímicos tan delicados, que debe atravesar las paredes de las células, distenderlas, romper su cohesión, hacer que desaparezcan sus relaciones, magullar sus nucleolos, destruir las fibras nerviosas en su origen, favorecer la formación de combinaciones químicas nuevas.

8. Un resultado muy poco común y que, sin embargo, ofrece una gran importancia, es la excesiva aptitud que posee la sustancia cerebral para dejarse penetrar por flúidos extraños á su nutrición. En este sentido podría compararse en cierto modo á una esponja. Dicha facultad es tanto mayor en el cerebro, cuanto que este órgano se encuentra naturalmente más desprovisto de flúidos serosos. Así, Federico Nasse y Hermann Nasse han demostrado que los cerebros reblandecidos se dejan penetrar mucho más fácilmente por el agua en que estaban macerados que los cerebros no reblandecidos.

Estos dos experimentadores han sometido la sustancia cerebral á maceraciones artificiales, probando, por numerosos ensayos practicados en encéfalos de animales y cerebros humanos, que la sustancia cerebral puede recibir una enorme cantidad de agua y absorberla antes de que se observe el menor cambio en su consistencia. Sólo el peso aumenta en razón de la absorción del líquido de maceración. De estas investigaciones, practicadas con esmero y cuidado, se deduce que todas las partes cerebrales no son igualmente propias para sufrir esta imbibición en el mismo grado. En los hemisferios sobre todo es donde se manifiesta de la manera más pronunciada.

Los resultados de tales experimentos fueron publicados en 1859, con el título de *Untersuchungen zur Physiologie und Pathologie*, por los citados Dres. Federico Nasse y Hermann Nasse.

En apoyo de las explicaciones que acabo de daros, podría citar los trabajos ejecutados por los Sres. Falret y Etoc para probar la

existencia de una infiltración serosa en la sustancia cerebral de ciertos enajenados; podría recordar asimismo la competente opinión del Dr. Gluge respecto á la existencia de un reblandecimiento cerebral por imbibición serosa.

Comparad esto con lo expuesto por Maguan (*Recherches sur les centres nerveux; pathologie et physiologie pathologique*, 1876), que dice que las lesiones macroscópicas no bastan en manera alguna para caracterizar la parálisis general. Conviene tenerlo muy en cuenta; en efecto, tomando tan sólo por guía nuestros sentidos, corremos el riesgo de equivocarnos. Lo que nosotros llamamos reblandecimiento, no es más que un estado patológico que ha llegado á su grado máximo de desorganización; pero esa alteración cerebral no existe ya en la intimidad de las fibras primitivas antes de llegar á ese punto extremo de blandura que constituye el reblandecimiento visible? Lo que parece hacerlo creer es el cambio de color sobrevenido en la superficie del cerebro antes de que se reblandezca. ¿No es esto una prueba de que se ha realizado una modificación notable en el estado íntimo de los flúidos nutricios?

Si digo que la parálisis general puede tener lugar sin reblandecimiento apreciable, no pretendo consignar una idea absoluta. El detritus orgánico puede sin duda existir allí donde nuestros medios de investigación directa no permiten descubrirle. Por lo demás, cuando se trata del examen del cerebro, ¿quién se atreverá á decir que ha explorado el órgano en sus detalles más minuciosos?

9. Creo que debe consignarse otro hecho, y es que en todo reblandecimiento no hay parálisis. He hecho la autopsia de algunos enajenados no paralizados, en los cuales he encontrado alteraciones profundas, grietas y excoriaciones, cuya existencia nada hacía sospechar durante la vida del enfermo. Pero en los reblandecimientos de la sustancia cortical que ocupan anchas superficies, creo, si mi memoria no me es infiel, haber observado siempre la parálisis general. ®

10. Vuelvo ahora á recordar el principio que hace poco dejé establecido con relación á la *parálisis permanente*, que considero como el síntoma más patognomónico del reblandecimiento cerebral en los enajenados.

Y vuelvo á ocuparme del asunto, porque debe confirmarse la idea que yo he emitido en primer lugar sobre una transformación serosa, que es á mis ojos un factor directo del reblandecimiento cerebral.

CONCLUSION

El reblandecimiento es, pues, una maceracion de las células y de las fibras primitivas de la trama cerebral, verificado por un estado seroso.

Este se revela en las primeras invasiones y en las especies de crisis que marcan el curso de la parálisis general.

Hay en esta enfermedad, como ya sabéis, exacerbaciones durante las cuales se agravan todos los síntomas. Son insultos algunas veces apopléticos, que se prolongan durante dos ó tres días, y son reemplazados por un retorno imperfecto á la lucidez. Durante estas crisis la palabra se halla abolida, los miembros se agitan por movimientos convulsivos, la cara está roja ó hinchada; á menudo el enfermo se halla enteramente abatido, sus párpados están cerrados. No falta á todos estos fenómenos, para constituir una apoplejía, más que la respiración más ó menos estertorosa y las parálisis más bien locales que generales, desviaciones de la boca, el lado derecho ó el izquierdo paralizados y la postracion comatosa.

No puede dejarse de reconocer aquí la existencia de un fluido que se derrama, que comprime, que irrita, que descompone, que destruye la sustancia cerebral; que no se escapa en las regiones por donde se esparce la sangre en los apopléticos, pero que penetra en los tejidos que se hallan en relacion con las funciones intelectuales.

Los síntomas graves se desvanecen á medida que los fluidos derramados ganan terreno en la sustancia cerebral. — Es en cierto modo posible medir la extension que ocupa el fluido derramado por la forma de los fenómenos que se producen y por el tiempo que tardan en desaparecer. Así, se presenta nuevamente la facultad de hablar, la marcha se hace más libre; pero á cada nueva sparicion de la parálisis, el enfermo sufre una pérdida en la suma de sus facultades, hasta que éstas concluyen por paralizarse todas; entónces el enajenado deja de hablar, no comprende lo que se le dice, no anda, no puede coger ningún objeto, los esfínteres se relajan, deja de poder masticar, de tragar sus alimentos; bien pronto el estómago no funciona; el enfermo cae en el marasmo.

11. Hay, pues, en el fondo de esta alteracion orgánica, al menos en muchos sujetos, un estado congestivo, una accion fluxionaria de

los vasos, en el sentido de que, bajo la influencia de ciertas causas excitantes, la sangre es llamada hácia el cerebro.

Pero, ¿debo reconocerse aquí una inflamacion?

Cuando reinaba la teoria de las irritaciones, no se veía amenudo en el reblandecimiento cerebral más que un estado inflamatorio.

Segun el Sr. Bouilland, diferentes estados orgánicos del cerebro pueden referirse perfectamente á la encefalitis. Reblandecimiento, endurecimiento, formacion de abscesos, todas estas alteraciones no serian más que modificaciones de un mismo estado, á saber: de la inflamacion. Pero, aun cuando este principio fuera cierto, su conocimiento no hubiera hecho progresar la ciencia en lo que tiene de más útil: el tratamiento.

Abercromby admite una idea casi análoga, porque para él el reblandecimiento es una gangrena de la sustancia cerebral.

Esta opinion es tambien la de Lallemand, y ha sido reproducida por Darand-Fardel.

El Dr. Bellhomme la profesa tambien; segun él, la parálisis de los enajenados es una inflamacion crónica de la sustancia cerebral. La encefalitis es, ante todo, superficial ó invade, como por capas, la trama del cerebro. El trabajo del Dr. Bellhomme, presentado á la Academia de Medicina de París, fué objeto de una discusion, en la cual se combatió la idea de una inflamacion franca.

Confieso que mis convicciones distan mucho de hallarse en armonia con la hipótesis que refiere al reblandecimiento un estado flemgmasico puro y simple. En muchos casos me ha sido imposible comprobar tal estado.

Si hay inflamacion, con seguridad no se parece, por sus fenómenos generales, á los fenómenos que caracterizan el reblandecimiento que sobreviene en el frenesí, en el delirio, ó acompañando á las lesiones traumáticas del cerebro.

12. ¿Una inflamacion viva, franca y primitiva? No, no puedo admitirlo. ¿Una irritacion inflamatoria, secundaria, lentamente desarrollada? Sí. Yo me explico perfectamente un estado congestivo previo, un derrame, un producto que irrita y descompone la trama nerviosa. Pero no puedo concebir una inflamacion desde el principio del mal. ¿Por qué? A causa de la lentitud con que proceden los fenómenos en la parálisis general de los enajenados, y la rapidéz con que se verifica la descomposicion cerebral en los casos de una inflamacion franca del cerebro.

Se me dirá quizás: las adherencias que se forman entre el cerebro y sus membranas, prueban la exudación de una linfa plástica como consecuencia de la inflamación.

En verdad, esta exudación produce algunas veces masas considerables que toman la forma de falsas membranas y se extienden por la cavidad de la aracnoides; por toda la superficie de un hemisferio ó por la de los dos hemisferios.

(Respecto á este particular, pueden leerse dos buenas Memorias del Dr. Arbanet insertas en los *Annales médico-psychologiques*.)

Pero la materia plástica de la sangre derramada en las superficies vivas, puede organizarse sin referirse á una inflamación prévia. Tal sucede en los casos de curación de las heridas por primera intención.

Por mi parte, no veo en las adherencias meningéas observadas en los casos muy crónicos de enajenación un indicio cierto de un verdadero estado inflamatorio.

13. — Comparo la congestión del reblandecimiento á esos infartos que reblandecen la retina y nacen después de un largo y penoso ejercicio del órgano visual.

Hay en primer término un flujo de flúidos.

Hay además un estado varicoso, un estado dilatante.

Un éxtasis.

Una reacción vascular consecutiva.

Una infiltración intersticial.

Una nueva irritación, pero secundaria.

Es un estado que difiere de la apoplejía en el sentido de que, en esta última enfermedad, se escapa la sangre, los glóbulos y la linfa plástica; hay una masa de sangre roja que cubre el cerebro ó que se derrama en la sustancia medular. En el reblandecimiento, por el contrario, la compresión es menor; el flúido que sale pertenece á los líquidos serosos; pero obra del mismo modo que la sangre en la apoplejía; como un cuerpo que irrita, que distiende las tramas y destruye la organización tan delicada de los elementos íntimos del cerebro.

En el reblandecimiento de los enajenados, los fenómenos parecen que se verifican en la trama capilar, compuesta particularmente de vasos blancos.

14. Pero, después de lo dicho, debo apresurarme á consignar que ni la congestión ni la exhalación serosa resumen todo el estado

patológico de esta alteración. Así lo demuestra la hiperemia, que algunas veces es considerable en la manía y la melancolía, y que no conduce sino muy rara vez al reblandecimiento. Semejante estado no se presenta en el curso de la manía más que en casos excepcionales. El reblandecimiento cerebral no es una terminación normal de la congestión en los enajenados.

Lo propio diremos de la estupidez, que presenta cierta analogía deforme morbosa con los síntomas de reblandecimiento, y que, bajo el punto de vista de la lesión anatómica, ofrece otro, el de una infiltración serosa. Y, sin embargo, en la estupidez el tejido cerebral apenas pasa al reblandecimiento.

Hay, pues, en el fondo de la parálisis general, de la principal alteración táctil, con la cual tiene relaciones, un punto oscuro, un límite hasta ahora infranqueable, un problema no resuelto todavía.

15. — ¿Conviene admitir diferentes especies de reblandecimiento? No vacilo en responder afirmativamente.

Hay un reblandecimiento agudo, y también un reblandecimiento crónico. Este último es el que se encuentra en los enajenados.

Creo con algunos observadores que la congestión, el éxtasis, no existen en los enajenados en todos los casos de cerebros reblandecidos. Creo que existen reblandecimientos anémicos. Hay casos de parálisis general en los cuales la cara del enfermo está descolorida. En los enajenados, al hacer la autopsia, la sustancia gris ofrece una notable palidez; es blanda, cede á la presión; pero no está reblandecida como en el reblandecido sonrosado, amarillo ó verde, que se caracteriza, en general, por adherencias con la pia-madre.

El Dr. Brierra admite un reblandecimiento en el cual supone una retracción del flúido nervioso. — Cuando se piensa en la naturaleza de las causas que producen el reblandecimiento cerebral en muchos enajenados, el ánimo permanece indeciso. En efecto, la parálisis general, según diremos oportunamente, es a menudo la consecuencia de causas enervantes y al mismo tiempo de excitaciones cerebrales; el uso immoderado de las bebidas, unido á las eliminaciones espermáticas muy repetidas, es una de las causas más frecuentes de la afección que nos ocupa.

He aquí cuántas causas excitantes y agentes debilitantes obran simultáneamente.

En muchos casos de reblandecimiento, en vano se buscarán causas excitantes; no se puede encontrar más que un concurso de cau-

sus esencialmente debilitantes. He tenido ocasión de tratar muchas parálisis generales que habían sucedido á emisiones espermáticas abundantes y repetidas, aunque nada hacia suponer la acción de una causa estimulante cualquiera.

Añadamos á esto que las causas que debilitan el organismo son ordinariamente perjudiciales á los enfermos atacados de esta afección, y que el régimen analeptico tiende á prolongar sus días.

Estos motivos deban, pues, impulsarnos á considerar en el reblandecimiento que se observa en los enajenados, no un sola naturaleza, sino diferentes naturalezas. Si hay circunstancias en las cuales ha sobrevenido el reblandecimiento bajo el dominio de causas estimulantes, hay otras en las que sólo las causas debilitantes han producido esta enfermedad. Al lado de los numerosos casos en que las meninges y la sustancia cerebral ofrecen en la afección que nos ocupa un organismo *sui generis*, pueden citarse otros en que el sistema sanguíneo del encéfalo no ha sufrido en manera alguna la influencia de la enfermedad.

(En este estudio anatómico-patológico del reblandecimiento cerebral, Guislain ha confundido las lesiones propias de la parálisis general con las de otras afecciones cerebrales. No entra en detalles, todavía poco conocidos en la época en que se publicó la primera edición de su libro. Sin embargo, no podemos menos de admirar la claridad de las ideas teóricas que presenta, y reconocer con Meschede, que es quizás el observador que más se ha aproximado á la verdad, colocando el punto de partida de la afección en los capilares de la capa cortical del cerebro, y su membrana adventicia de cubierta. Por lo general, en aquella época las observaciones eran todavía poco precisas y se limitaban al examen de los signos microscópicos. Ahora bien, según dice el Dr. Jacqoud, que también ha reunido el conjunto de los resultados obtenidos hasta nuestros días en el suplemento de su preciosa obra de Patología médica, ninguna de las lesiones apreciables á simple vista dan la razón orgánica constante de la parálisis general; todas son lesiones contingentes y accesorias. La única verdaderamente constante y característica, es una encefalitis crónica difusa intersticial.

En resumen, dice el indicado autor, la naturaleza y la evolución del proceso patológico en esta afección, pueden concebirse del siguiente modo: la capa cortical del encéfalo sufre un trabajo morboso lento, una especie de irritación formativa, que se traduce por

una proliferación muscular abundante en el tejido intersticial y en las paredes de los capilares; por consiguiente, el mismo tejido nervioso sufre una serie de alteraciones secundarias, cuyo primer término es la atrofia ó la desintegración de sus elementos propios. Conviene advertir, sin embargo, que es muy difícil definir exactamente las lesiones de las células nerviosas, porque el estado fisiológico de estos elementos varía de tal modo según las edades, los sexos y aun los individuos, que se ha podido describir como patológico lo que era normal; esta es, sin duda, la causa de las divergencias que presentan en este punto las descripciones de los histólogos.

La médula espinal toma una gran parte en las lesiones de la parálisis general. Westphal fué el primero que dió á conocer las relaciones de la encefalitis intelectual difusa con la degeneración gris de los cordones posteriores y laterales. El proceso patológico interesa ó puede interesar el sistema cerebro-espinal en su totalidad, invadiendo el cerebro y la médula, ora simultáneamente, ora por separado en una sucesión de males (1). En esta noción anatómica existe la clave de todas las diferencias que presentan clínicamente los periodos iniciales de la enfermedad.

(1) El lector consultará con fruto el importantísimo *Tratado clínico de las enfermedades de la médula espinal*, por el condeado católico de Berlín, doctor E. Leyden, versión española del Dr. M. Carreras Sanchez — Madrid, 1880.

También se encontrarán datos de gran interés en la *Clínica médica*, del Dr. Yulpian, traducida por los redactores de la *Revista Económica de Medicina y Cirugía*.

CUARTA PARTE

IV

OPACIDAD DE LA ARACNOIDES; SE ENGROSAMIENTO

1. La aracnoides, en más de un caso, sufre profundas alteraciones.

Segun hemos visto, las inyecciones rojas de esta membrana no son frecuentes, á no ser que el enfermo se halle exaltado en el dominio de las ideas, ó esté dotado de un temperamento sanguíneo.

Lo que se encuentra más a menudo es un engrosamiento blanco grisáceo de la aracnoides. Todos los observadores de los tiempos modernos han observado en los enajenados semejante género de alteración. A decir verdad, el Dr. Haslam había encontrado ya entre 36 casos siete de engrosamiento y opacidad de esta membrana. Desde los trabajos de este médico, todos los que se han dedicado á investigaciones cadavéricas han reconocido las alteraciones de esta membrana. La aracnoides parece ameno infiltrada; se ha vuelto opaca; ofrece un aspecto lardáceo.

Presenta tambien manchas, estrías, placas lactescentes.

En algunos casos, bastante poco frecuentes por cierto, se descubren entre las meninges masas vitriformes.

2. Estas alteraciones residen generalmente en las superficies hemisféricas, en la hujilla craneana, y no en la direccion de la que que se encuentra en la de la hoz del cerebro. Rara vez se ven en la base de este órgano; en ocasiones se encuentran limitadas á un solo hemisferio, pero a menudo se extienden á las dos masas cerebrales.

3. El estado de que se trata pertenece ordinariamente á los casos crónicos. Rara vez constituye una alteración aislada, por otra parte, casi todos los signos que la caracterizan se confunden a menudo con los síntomas generales propios de otras lesiones anatómicas del cerebro. El práctico ejercitado consigue, sin embargo, diagnosticar más de una vez una alteración meníngea.

Cuando el engrosamiento aracnoideo es aislado, sin alteracion cerebral, se observan los síntomas de compresion; la inteligencia disminuye, el enfermo tiene la mirada asombrada; se diría que es un hombre que acaba de levantarse de la cama; sin embargo, hay falta de parálisis de los miembros, á no ser que el engrosamiento aracnoideo sea muy considerable ó vaya acompañado de exhalaciones de sangre.

Tócanos decir que se ha encontrado, algunas veces el engrosamiento de la aracnoides en algunos casos de delirio, en los cuales nada ha de sospechar el estado patológico del enajenado durante la vida.

Notables adherencias entre la dura-madre y el cráneo, acompañan á veces á la opacidad de la aracnoides. Son alteraciones principalmente propias de los casos crónicos.

Cuando el engrosamiento de la aracnoides presenta mucha extension, la masa cerebral se encuentra como envuelta por una vaina, una *calota*, que la comprime por todos puntos y la impide funcionar.

Si se han formado falsas membranas entre las meninges, determinan las más veces, como he tenido ocasion de decir, convulsiones, alternando con un estado soporoso y parálisis transitorias.

DOS SUJETOS, UNO DE LOS CUALES TIENE EL CEREBRO COMPRIMIDO

4. Todo lo que tiende á comprimir la superficie de las circunvoluciones, á dificultar la acción cerebral, debe ocasionar una sus-tracción en la suma de los fenómenos cerebrales y producir al mismo tiempo síntomas de irritación; de aquí la obtusión en los actos cerebrales, de aquí las tensiones, las convulsiones, una dificultad en los movimientos de los miembros.

Voy á tener el gusto de presentaros dos sujetos enajenados, á fin de que podáis apreciar la diferencia que debe existir entre el estado íntimo de uno y otro.

Todo me dice que el cerebro de uno no está comprimido; en el otro, creo en la existencia de una alteracion anatómica, y puede suponerse que consiste en un engrosamiento bastante considerable de la aracnoides, teniendo en cuenta:

la obtusión de los actos cerebrales,

el entorpecimiento de las ideas, la inmovilidad de las facciones, cierta especie de rigidez transitoria de los miembros, una lentitud en la formación de las frases; lentitud que no es, sin embargo, la que observamos en la parálisis general.

5. Comparemos estos sujetos entre sí; todos son de la misma edad, del mismo sexo, de la misma condición.

La conversación del primero es una página impresa en la cual los caracteres se dibujan con perfecta claridad.

En cuanto al segundo, su inteligencia se manifiesta de una manera muy penosa; podría decirse que está cubierta por un velo; el pensamiento ha perdido sus colores, el lenguaje su ritmo. La mirada expresa una profunda apatía; reina cierto peso — digámoslo así — en los párpados; la cara expresa el asombro, los ojos se fijan vagamente, el enfermo oye, pero concibe mal lo que se le dice, no tiene en la boca más que monosílabos; su actitud es pesada. Hay en él ciertos fenómenos que recuerdan la parálisis general, pero faltan los grandes caracteres de esta afección:

- la vacilación de la palabra,
- la exaltación específica de las ideas,
- la marcha vacilante.

En el primer sujeto, el cerebro ofrece una perturbación funcional, pero el tejido de este órgano no está herido ni comprimido. Sus cuerdas vibran con más fuerza, pero no están detenidas en su acción; los tonos — permitidme esta comparación — son discordantes, pero la integridad del instrumento se anuncia por su excelente calidad.

Escuchad las palabras de este paciente, observad bien su mirada; la prontitud con que concibe y responde á nuestras preguntas, el acierto de sus frases, la claridad de sus ideas, aunque erróneas, anuncian una acción funcional del órgano del pensamiento, que se produce sin ninguna dificultad.

6. Si hay compresión, el cerebro no obra con libertad. Esto es lo que sucede cuando la aracnóides engrosada dificulta la acción de este órgano. La compresión que experimenta se demuestra en las facciones, en la expresión de los ojos. Tal estado se encuentra, sobre todo en los casos crónicos en los que la demencia ha reemplazado á la manía.

La afección primitiva del cerebro no existe ordinariamente, pero el infarto y las fluxiones á que ha dado lugar han invadido las meninges. Estas comprimen, sujetan el cerebro. De aquí, como ya he dicho, la supresión de todos los actos intelectuales. Tal estado es compatible con una existencia prolongada. A menudo la manía reaparece periódicamente y produce oscilaciones de exaltación, que van á complicar los síntomas de demencia, para desaparecer y volver á manifestarse despues.

7. Sin embargo, debemos reconocer que la cuestión que se refiere á las alteraciones crónicas de la aracnóides está erizada de dificultades. Podemos presentir con más ó ménos seguridad y exactitud la existencia de un estado patológico de las meninges; pero nada es ménos fácil que precisar las alteraciones especiales de esta membrana.

Sería difícil decir si en uno de los sujetos que ahora tenéis á la vista está más bien interesada la aracnóides que la pia-madre.

8. La dificultad es tanto mayor, cuanto que por lo general el engrosamiento de la aracnóides, sus manchas, sus estrias blancas, rara vez son síntomas aislados ó primitivos.

9. Notad también que las manchas blancas de la aracnóides, y hasta un estado de engrosamiento poco pronunciado de esta túnica, pueden ser compatibles con una integridad completa de las funciones cerebrales. Así, se encuentra algunas veces la aracnóides blanca y opaca en pacientes que, durante un largo intervalo lúcido, han sucumbido de una enfermedad accidental.

Para que se produzca el fenómeno es necesaria una alteración bastante grande de las meninges; un engrosamiento bastante considerable.

10. De cualquier modo, se necesita todo el tacto del práctico para descubrir un mal que otros, ménos hábiles que él, no sospecharían.

Así, la suspensión de las funciones intelectuales, tal como se presenta generalmente en la melancolía, no será la prueba de una alteración de la aracnóides.

11. Reconozco cuatro condiciones morbosas procedentes de un mismo origen que, bajo el punto de vista del diagnóstico, exigen una gran costumbre y un buen ojo práctico, á saber:

- la inyección de las meninges,
- las colecciones serosas,

el engrosamiento crónico de las membranas,
el reblandecimiento cerebral.

Hay en cada una de estas afecciones un parentesco de origen y un parentesco de forma.

Todas ellas conducen á la abolición de los actos intelectuales. Sin embargo, el observador atento concluye por descubrir el carácter propio de cada una de ellas, como vamos á ver.

El desorden que simula un grado de embriaguez bastante pronunciado, corresponde más principalmente á la fluxion de las meninges, sobre todo de la pia-madre, y á la de la textura cortical.

La presencia de la serosidad crea diferentes síntomas de estormento, de estupor, de inercia, de estado comatoso.

El engrosamiento, la retracción de la aracnóides, comprimiendo el cerebro, verifica en cierto grado una sustracción en la energía intelectual, pero deja una gran libertad á los movimientos.

El reblandecimiento que interesa más directamente la motilidad, paraliza también de una manera más directa los influjos motores y los de la palabra.

Como estas especies de alteraciones existen amenudo simultáneamente, las formas que las caracterizan se funden también amenudo y dan lugar á una ú otra forma de demencia.

12. Nunca os recomendaré bastante lo siguiente: debéis procurar ante todo adquirir dos nociones generales.

La que hace conocer un cerebro, el cual sólo está trastornado en sus funciones, no en su estructura;

La que os hace aptos para reconocer un cerebro enfermo en sus elementos anatómicos.

Aquí existe una dificultad inmensa, que el talento del práctico debe procurar resolver.

13. La claridad, la limpieza de las expresiones, la falta de desorden en la filiación de las ideas, demuestran que no existe ninguna lesión anatómica; ésta solo se reconoce por la oscuridad y la decadencia de los actos frénicos.

A este primer dato deben unirse otros elementos de apreciación recogidos entre los conmemorativos. Sabéis que las alteraciones de tejido son raras en la melancolía,

el éxtasis,
el delirio,
la locura.

Ahora bien; la duda existe casi siempre entre dos enajenaciones:

la demencia,
la manía.

Las convicciones nacen:

de los signos de compresion,
de los signos de destruccion cerebral.

Esta certidumbre falta mientras entre los síntomas no se encuentran los que pertenecen á la parálisis:

Parálisis en la formacion de las palabras,

— de la inteligencia,
— de la memoria,
— de los movimientos de prehension,
— de los movimientos de la progresion.

Lo que aumenta la claridad del diagnóstico es la reunion:

de parálisis,
de tensiones, de convulsiones,
de ideas extravagantes.

ADHERENCIAS MENINGO-CEREBRALES

1. Hay un punto de la anatomía patológica del cerebro acerca del cual no tengo formada una idea exacta; es el que concierne á las adherencias entre la aracnóides y la dura-madre.

Estas se observan en la proporción de 1 por cada 10 casos.

He encontrado muchas veces estas adherencias sin que pudieran referirse á la enajenación. Son bridas, masas de un aspecto lardáceo entre la dura-madre y el cráneo. La hoz está adherida á la aracnóides en muchos puntos, siempre en la línea media, y sobre todo en el vértice de la cabeza, en el punto correspondiente á los parietales. Las glándulas de Pacchioni se presentan amenudo muy desarrolladas y bajo una forma especial. Pero como en muchos casos no existe ninguna adherencia entre la pia-madre y el cerebro, me parece fundado creer que estas alteraciones no son efecto de una enfermedad, sino que pueden referirse á un estado normal.

No sucede así cuando existe una adherencia entre las meninges y el cerebro.

2. Puede suceder amenudo que la pia-madre esté adherida á la sustancia cortical; esta alteracion patológica se observa sobre todo en la parálisis general. Me parece que es propia de los enajenados que ofrecen castañeteo de dientes; de los que, en la parálisis general, dan de vez en cuando gritos agudos. Debo, sin embargo, manifestar que he encontrado el castañeteo de los dientes en ciertos enajenados que, después de la muerte, no ofrecieron ninguna alteracion encefálica apreciable.

3. No carece de importancia advertir que la adherencia existe rara vez en las sinuosidades de las circunvoluciones, y que se forma ordinariamente por la superficie libre de estas últimas. — Cuando esto suceda, no se consigne desprender las meninges sin llevar detrás la sustancia cerebral, cuya apariencia es pálida y blanda.

4. Amenudo se encuentran en estos casos los capilares de la pia-madre fuertemente congestionados; todos los vasos microscópicos que establecen una comunicacion entre la superficie cortical y esta fúncia son aparentes é infiltrados de sangre.

La aracnoides y la pia-madre reunidas arrastran amenudo la capa cortical, cuando se las desprende en una extension mayor ó menor; la superficie floandada es rugosa, mamelonada, de un color gris oscuro, amenudo ligeramente sanguinolento; tiene, por decirlo así, el aspecto de una úlcera. Esta facilidad de arrastrar la sustancia cortical se debe á una falta de cohesion; una accion muy débil puede determinarla.

5. En estado normal, la capa cortical de las circunvoluciones cede á veces pequeñas porciones orgánicas á la aracnoides desecada; se presentan bajo la forma de copos pequeños y extensos, segun resulta de los estudios hechos por el Dr. Parchappe en las cabezas de los ajusticiados.

Debemos advertir que en los cerebros sanos la sustancia cerebral se deja algunas veces separar fácilmente. Este es un fenómeno que puede observarse en los idiotas.

6. No creais que en todos los casos en que observéis adherencias entre las superficies de las membranas, ó entre éstas y la sustancia de las circunvoluciones, se debe creer siempre en una inflamacion que haya precedido á tal estado. Eso sería cometer un gran error; las adherencias son ordinariamente el resultado de exudacio-

nes de linfa plástica, procedentes de un estado congestivo y no inflamatorio.

7. El exámen microscópico de la sustancia cerebral que forma adherencias con la pia-madre, no me ha permitido reconocer una diferencia apreciable entre esta sustancia y la que se halla simplemente congestionada.

VI

INDURACION CEREBRAL

Existe un estado del cerebro en el cual la trama de este órgano puede experimentar un endurecimiento tan considerable, que ofrece al escalpelo la dureza de una manzana todavía verde. El endurecimiento descrito en primer término por Escipión Pinal, acaba de ser designado con el nombre de *Esclerosis cerebral*. Se ha calculado que por cada 100 enajenados muertos, considerados indistintamente, se encuentra 25 veces.

2. Se presenta más amenudo en la manía crónica, en la demencia y en los epilépticos maníacos; el Dr. Ferrás la ha encontrado también en la mayor parte de los epilépticos.

Se observa también en los casos de parálisis general con reblandecimiento.

3. Se ha creído observar que en la base del cerebro y en las paredes anteriores de los ventrículos laterales es donde esta alteracion anatómica se descubre más amenudo.

Más de una vez he encontrado el puente de Varolio endurecido hasta el punto de ser casi crepitante.

El endurecimiento de las olivas no es completamente raro.

La induracion afecta sobre todo la sustancia gris; pero puede interesar también la sustancia blanca (1).

4. Sería difícil determinar la naturaleza íntima de esta altera-

(1) Esto se halla en abierta contradiccion con las investigaciones del doctor Baillarger, el cual dice que la induracion resida generalmente en la sustancia blanca (véase Luyt: *Leçons sur la structure et les maladies du système nerveux*, pág. 26).

ción microscópica. Los trabajos microscópicos que he llevado a cabo no me han dicho nada preciso ni fijo sobre el particular.

5. No debe confundirse la induración con la dureza que puede presentar el tejido del cerebro. Esta especie de resistencia se observa, sobre todo, en los empujados no paralizados, en los que han crecido hasta los últimos instantes cierta claridad en las expresiones, en los que se han anunciado por fenómenos opuestos á los síntomas de la estupidez, que han sabido siempre trabajar. La dureza, la resistencia del cerebro, se observa, sobre todo, en los maniacos, en los melancólicos muertos en el primer período de su enfermedad. Sea de esto lo que quiera, cuanto más recientes son la melancolía y la manía, más exentas se hallan estas afecciones de las lesiones orgánicas.

¿Hay signos que permitan reconocer en el vivo la existencia de una induración cerebral?

Hasta el presente no han sido indicados (1).

TRES SUJETOS EN LOS CUALES SE PUEDE SOSPECHAR
EL ENDURECIMIENTO CEREBRAL.

Hé aquí tres epilépticos en los cuales sospecho la existencia de algun endurecimiento cerebral.

La fisonomía de cada uno de estos enfermos ofrece rasgos que recuerdan la demencia.

Su actitud es recta.

Apénas hablan.

Los progresos del mal han sido sumamente lentos.

Estos enfermos experimentan dificultad para expresarse; pero no es esa vacilación de la palabra como en la demencia paralisiforme, es una lentitud del pensamiento, una dificultad de conducir las ideas al exterior.

(1) Las lecciones de Charcot y Leyden sobre la escleriosis en placas disseminadas, han llenado un gran vacío acerca de este particular. (Véase Charcot: *Leçons sur les maladies du système nerveux*, Paris, 1873-1874 (lecciones 6, 7 y 8), y el ya citado *Tratado clínico de las enfermedades de la médula espinal*, versión española del Dr. M. Carreras Sanchis, Madrid, 1880.

Hay hilaridad, benevolencia; pero hay sustracción de la inteligencia, de la memoria. No es fácil definir semejante estado.

He reconocido en algunos casos, raros en verdad, incrustaciones óseas de las arterias del cerebro y de las meninges. Recuerdo haber encontrado todo el árbol arterial encefálico y otras arterias del cuerpo en estado de osificación. Otras veces he encontrado placas óseas entre los repliegues de la hoz del cerebro.

VII

HIPERTROFIA CEREBRAL

Amenudo he observado la hipertrofia de la sustancia cerebral, particularmente en los maniacos. En tales casos las circunvoluciones cerebrales están tan comprimidas contra el cráneo, que no se distinguen algunas veces más que por indicaciones lineales. Tal estado es propio de la manía congestiva. Pero entónces la pia-madre se halla infartada de sangre, la sustancia gris muy coloreada; la misma sustancia blanca, más ó ménos violácea y llena de puntitos blancos, cuando se incide. Esta es una hipertrofia congestiva que el Dr. Bucknill trata con razon de falsa hipertrofia. Hay otros casos en los cuales el cerebro, hallándose oprimido en la cavidad que le contiene, se hincha cuando se desprende la calota, hasta el punto de que despues no se puede volver á colocar en su sitio. La aracnóides está delgada y seca, la pia-madre exangüe, la sustancia gris pálida, densa y consistente. En estos casos, la enfermedad termina ordinariamente por una obliteración de las facultades intelectuales, ménos completa que la que se observa en los casos de atrofia cerebral. Algunas convulsiones epiléptiformes suelen poner fin á la vida, aun cuando tal estado se observe en enfermos que previamente no habian sido epilépticos.

VIII

ATROFIA CEREBRAL

La atrofia del cerebro puede ser general ó parcial.

Cuando es parcial, se limita á menudo á una série de circunvoluciones.

En la general, el cerebro entero ha disminuido de volumen y se aleja de la cara interna del cráneo, según ha demostrado Gall por primera vez.

Como ya os he dicho, suele ser suficiente que la serosidad se acumule en el espacio subaracnoideo.

Se ha creído reconocer que la atrofia cerebral afectaba con frecuencia la region frontal, y muchas veces he podido comprobar la justicia de esta observacion. He notado á menudo una retraccion considerable de los lóbulos anteriores de los hemisferios.

La atrofia cerebral se encuentra, según el Dr. Parchappe, en el 41 por 100 de los casos. Dicho autor la llama marasmo cerebral.

UNA SÉRIE DE DIENTES EN LOS CUALES SE HA PODIDO SUPONER LA INFLUENCIA DE UNA ATROFIA CEREBRAL.

1. La atrofia cerebral no es un estado orgánico aislado; se asocia á otras alteraciones del cerebro, al endurecimiento, al reblandecimiento, á las congestiones de la pia-madre, de la aracnoidea, al estado lardáceo de esta última y á las colecciones serosas.

Véase cuán indiferentes son esos sujetos que están sentados, inmóviles á todo lo que pasa alrededor de ellos. Según todas las probabilidades, estos hombres se hallan atacados de postracion cerebral unida á otras lesiones, principalmente de las meninges.

El cerebro ha dejado de funcionar en ellos.

Se observa un entaquecimiento general lento, pero continuo y evidente.

2. Tal estado pertenece particularmente á la demencia crónica, sobre todo á la consecutiva á la manía. La profunda degrada-

cion de las funciones intelectuales, va generalmente acompañada de un aplanamiento del cerebro. El órgano cerebral, disminuido de tamaño, parece que se deprime sobre sí mismo, ó bien se atrofia por falta de accion.

3. Me creo autorizado para admitir que sucede en la melancolía algun fenómeno análogo, que hay en esta vesania una retraccion del cerebro. Algunos melancólicos hablan de un vacío en el cráneo, y este sentimiento, referido á la cabeza, corresponde, según creemos, á un estado especial del cerebro. Sin embargo, si esta retraccion existe realmente en la melancolía, no se debe á un vicio orgánico; es más bien un estado dinámico, semejante al que se observa en ciertas conmociones; ¿no será una debilidad? Cuando la melancolía toma el caracter de la demencia ó se hace crónica, la retraccion del cerebro va asociada á un estado más alarmante. Así, el Dr. Ferrus ha encontrado la atrofia del cerebro, su decoloracion, el edema de la sustancia cerebral, en casos de melancolía, de hipocondría y de suicidio.

4. La atrofia cerebral paraliza la inteligencia, pero no paraliza los miembros en el verdadero sentido de esta palabra; ocasiona una postracion general.

5. La atrofia cerebral va casi siempre acompañada de la formacion de una coleccion serosa, á veces muy considerable, entre las membranas y el cerebro.

IX

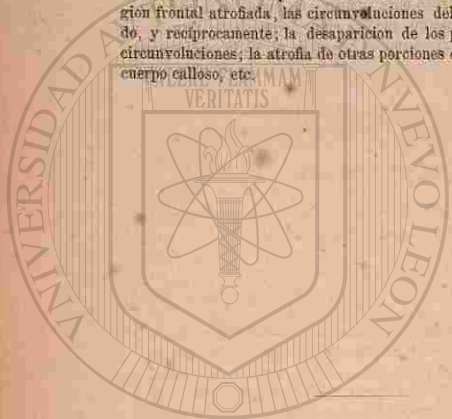
VICIOS DE CONFORMACION DEL CRÁNEO Y DEL CEREBRO.

Se encuentran en las paredes del cráneo deformidades notables. Ora están muy engrosadas, en estado de hipertrofia, llenas de jugos y de díptoe, como en la demencia con parálisis general, y sobre todo en los casos muy crónicos, ora el cráneo está muy delgado, muy duro; así sucede las más veces en la manía.

No hay signo por el cual se pueda reconocer en el vivo un engrosamiento del cráneo. Lo que lo hace sospechar, sin embargo, es la cronicidad del mal, la congestion venosa y serosa de la cabeza, el aspecto especial del cuero cabellado.

Hé aquí una serie de idiotas que os permiten juzgar de las deformidades que sufre el cráneo...

El cerebro presenta las más veces, en los idiotas y en muchos imbeciles, notables suspensiones de desarrollo. Se encuentra la región frontal atrofiada, las circunvoluciones del hemisferio izquierdo, y recíprocamente; la desaparición de los pliegues de algunas circunvoluciones; la atrofia de otras porciones cerebrales, como del cuerpo calloso, etc.



LECCION DÉCIMASETIMA

(CONTINUACION)

QUINTA PARTE

DE LAS ALTERACIONES ANATÓMICAS DESCUBIERTAS EN LAS VÍSCERAS
ABDOMINALES Y TORÁCICAS

Al hablar de los fenómenos íntimos de las enfermedades mentales, llamaré la atención sobre la importancia que algunos médicos alienistas han creído que debía asignarse al estado visceral considerado en el desarrollo de la enajenación mental. Por el pronto me limitaré a consignar ciertos hechos relativos a las alteraciones patológicas después de la muerte.

Ahora bien, resulta del cálculo hecho por el hombre que mejor ha explorado el cadáver del enajenado, Sr. Parchappe, que de cada 1.000 enajenados muertos,

423	ofrecen lesiones en el sistema cerebro-espinal,
202	en el tubo digestivo, y
140	en el sistema respiratorio, etc.

A. Afecciones del tubo alimenticio.

1. En más de un cadáver se encuentran alteraciones orgánicas del estómago. He visto el engrosamiento de sus paredes, el endurecimiento escirroso del píloro, la inflamación, la ulceración de su mucosa, el reblandecimiento de esta membrana. Pero, en la mayor parte de los casos, estas afecciones me han parecido independientes

de la enfermedad mental. Según el Sr. Parchappe, la gastritis y la enteritis se presentan una sola vez por cada cinco casos.

He observado en el suicidio la inflamación de la mucosa intestinal. Una vez reconcí una inflamación muy pronunciada del intestino delgado y una falta completa de alteración cerebral, en un hombre que se había suicidado, indurándose una profunda herida en el cuello.

Algunos médicos alienistas han atribuido una gran importancia al estado patológico de los intestinos, considerado en la melancolía; en muchos casos creen que debe admitirse la inflamación de estos órganos como íntimamente relacionada con esta enajenación.

2. Las ideas que Esquirol ha emitido antes que nada sobre el cambio del lugar del cólon, no han tardado en confirmarse; hay realmente enajenados en los cuales este intestino se ha precipitado en la pelvis menor. Algunas veces se encuentra el estrechamiento de este órgano.

3. Se encuentran en los cadáveres de los enajenados inflamaciones notables del peritoneo, los epiploons adheridos al mesenterio, y éste al peritoneo de la pared abdominal roja, jaspeada y cubierta en algunos puntos de copos de pus.

Tales afecciones son indudablemente secundarias.

4. He visto el epiploon sobrecargado de grasa.

5. En el suicidio se notan lesiones abdominales considerables.

6. Millingen dice en sus aforismos que puede creerse en una inflamación crónica de las vías digestivas en los casos en que el enajenado se queja de tener en el vientre perros, serpientes u otros animales que le roen las entrañas, soldados ó demonios que se agitan y pelean en su vientre. Podemos creer muy bien en un estado enfermizo de los órganos abdominales en tales casos, pero no podemos admitir que sean siempre el indicio de una inflamación.

B. Afecciones del hígado y del bazo.

No es raro observar en el hígado manchas rojas.

Cortando la sustancia de este órgano, se encuentra que es crepitante, aménudo aparece infartada de sangre, presentando los indicios de un estado inflamatorio.

He podido reconocer alteraciones considerables del hígado en los enajenados que se habían entregado al uso de las bebidas alcohólicas.

He abierto cadáveres de personas muertas á consecuencia del *delirium tremens* y en las cuales no he descubierto ninguna alteración apreciable del hígado.

En ocasiones, se observan anomalías en las formas anatómicas del bazo; recuerdo un caso de manía alegre que me ofreció una enorme distensión de este órgano, el cual contenía una sangre muy negra. Me pregunté si este caso venía en apoyo de la opinión de algunos antiguos, que colocaban la alegría en el bazo y la cólera en el hígado. Por lo demás, en estas circunstancias no es fácil precisar si la alteración esplénica es primitiva ó secundaria. La suspensión respiratoria, en los melancólicos siempre encogidos que no respiran sino de una manera imperfecta y con largos intervalos, explica, en gran parte, la presencia frecuente de los infartos del sistema de la vena porta y, sobre todo, del bazo y del hígado. La fisiología, en efecto, nos enseña que los sistemas venosos del bazo, del hígado y del mesenterio, son divertículos de los pulmones, y que siempre que el paso de la sangre á través de estos órganos se hace difícil, se forman éxtasis de sangre en el bazo. Esto es evidente en todos los casos de apoplejía.

Amenudo se encuentran en los melancólicos los vasos mesentéricos llenos de una sangre negra.

Otras veces, en casos parecidos, la obstrucción abdominal se complica con una ascitis.

No hace mucho tiempo observé un endurecimiento considerable del páncreas.

Sucede amenudo que en los casos de demencia se encuentran distensiones enormes de la vejiga urinaria.

En un epiléptico, atacado al mismo tiempo de demencia y muerto en uno de mis establecimientos, se encontró una gran distensión de las pelvis renales, al mismo tiempo que un aumento aparente de la glándula, la cual había tomado una forma especial para ocultar el tumor formado por los receptáculos urinarios. El riñon izquierdo había contraído adherencia con el bazo y contenía muchos pequeños abscesos en la sustancia tubulada. Este enfermo se obstinaba en no querer orinar durante muchos días seguidos.

En ocasiones he podido reconocer afecciones morbosas de los

ovarios, y el endurecimiento de estas glándulas, después de un delirio violento, acompañado de síntomas histéricos.

En muchas mujeres enajenadas, las enfermedades de los ovarios son quizás más numerosas de lo que se cree. La supresión menstrual, que es tan frecuente en ellas, debe hacer sospechar el estado anormal de tales glándulas.

Afecciones de los pulmones.

1. En la patología de las afecciones pulmonares que acompañan al estado tifo-pático, conviene tener en cuenta:

las variaciones de la atmósfera á que pueden estar expuestos los enajenados,
los gritos, las vociferaciones de estos enfermos.

Tampoco debe perderse de vista:

la influencia morbosa del nervio pneumo-gástrico,
la insuficiencia del régimen alimenticio,
la abstención en que puede vivir el paciente,
las emisiones sanguíneas a menudo provocadas,
el uso de las duchas y las afusiones de agua fría,
una constitución estroptosa.

2. La tuberculosis pulmonar no es un fenómeno raro en los enajenados. A menudo se descubren tubérculos en los pulmones, aun cuando no se hayan sospechado siquiera en vida del individuo.

La tuberculosis pulmonar varía en frecuencia en los diversos establecimientos, según las localidades en que se encuentran los enfermos, la clase de la sociedad á que pertenecen, etc. Si consulto los datos recogidos en mis diversos establecimientos (pensionistas e indigentes, enfermos del sexo femenino y masculino), observo que la cifra de los enajenados tísicos no se eleva á 70 por 1,000. En el hospicio de hombres indigentes, entre 2,560 enfermos tratados, hubo 95 defunciones por tuberculosis pulmonar confirmada, ó sea un 37 por 1,000. Estos 95 tísicos figuraban entre una cifra de 908 defunciones, ó sea el 1 por 9.

Según los datos publicados por Hagen en el *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, la tisis pulmonar se presenta como sigue:

Calmeil	da	1 tísico por	5 enajenados muertos.
Webster	—	1 —	4 —
Sc. Pinel	—	1 —	6 —

Flemming	da	1 tísico por	8 enajenados muertos.
Gracco	—	36 —	136 —
Fa. Hanwell	—	44 —	311 —
Praga	—	48 —	111 —
Eberbach	—	43 —	215 —
Erlangen	—	9 —	33 —

El Dr. Hagen eleva á una cuarta parte de los enajenados muertos los que sucumben de la tisis.

La tuberculización pulmonar me parece que se encuentra algunas veces en una relación directa con la enajenación mental; es frecuente en los descendientes de enajenados, y se observa a menudo en sus ascendientes más inmediatos. También se halla en relación con el suelo que habita el enfermo, con el régimen á que ha estado sometido, sobre todo en una edad muy joven. Algunas veces los tubérculos pulmonares se presentan al mismo tiempo que la tuberculización meningea ó cerebral. Se ha negado, es verdad, el estado tuberculoso de la misma sustancia del cerebro; pero esto es un profundo error. Lo he observado con bastante frecuencia, y creo que puede invocarse aquí el testimonio de mi querido colega, el Dr. Mareska, que lo ha reconocido conmigo en los presos muertos en la cárcel de Gante.

A menudo he encontrado los pulmones adheridos á las pleuras costales, cuando nada anunciaba semejante estado.

3. He observado la gangrena de los pulmones en ciertos enajenados, sobre todo en los que rechazan la comida; semejante fenómeno se manifiesta más en un pulmón que en otro. El órgano se presenta negro en una gran parte de su extensión. Haciendo en ellos incisiones, sale una sangre parduzca, negruzca, viscosa, de olor insuportable.

Desde la publicación de mis trabajos sobre este asunto, se ha podido reconocer la verdad de las ideas que yo había enunciado.

Además se ha encontrado en algunos enajenados la gangrena de otras partes del cuerpo, de la mucosa intestinal, por ejemplo; ordinariamente entonces comienza por placas parduzcas esparcidas por la mucosa intestinal. La existencia de estas placas no es completamente rara en la afección pulmonar que nos ocupa.

Hay evidentemente en tales enfermos un desorden en la hematosis.

Se ha dicho que la gangrena de los pulmones puede reconocerse por otras causas que la inanición.

Se ha observado en algunos dementes que comían muy bien. Así, se ha creído que podía atribuirse esta afección, no al ayuno, sino al debilito prolongado, o la hipostásis del tórax (1). Por mi parte respondiendo a esta objeción que, de cada 10 casos, en 9 los enajenados que rechazaban la comida no están acostados en su cama; que andan y están de pie hasta los últimos momentos, y que presentan ya los indicios ciertos de la gangrena, cuando no se trata en manera alguna del debilito.

Los síntomas de la gangrena pulmonar se anuncian de una manera muy evidente para que pueda equivoarse un ojo algo ejercitado. No existe desorden en los fenómenos mecánicos de la respiración, pero la sangre presenta una profunda alteración. El color general de la piel lo indica suficientemente; adquiere a menudo un color amarillento parduzco, un matiz especial. La conjuntiva, como en la mayor parte de las equecias, toma un color azulado bastante marcado. Se observa también a menudo una descomposición notable en las facciones. Algunas veces hay manchas rojas é hinchazones en las diferentes partes del cuerpo. Tales fenómenos indican una especie de estado escorbúlico; sin embargo, no son constantes; he visto enfermos que perecieron de gangrena pulmonar, sin que hubiera podido reconocer estos indicios precursores.

El aliento esparga un olor infecto. De día en día, a medida que el ayuno se prolonga, este olor se hace más penetrante é insopita-

(1). Se ha atribuido con razon la gangrena pulmonar á la introduccion de porcioncillas alimenticias en las vias respiratorias. En Alemania se ha designado esta forma con el nombre de gangrena por deglucion. Es cierto que en la alimentacion forzada pueden introducirse cuerpos extraños en la laringe, y ser la causa de una pulmonia que pasa á la gangrena. He observado tales hechos, y debo advertir que la gangrena pulmonar se ha hecho mucho más rara desde que los procedimientos de alimentacion forzada son menos violentos. Sin embargo, hay numerosos casos que se escapan á nuestra explicacion. He frecuentemente sido llamado para asistir á un enfermo que no rechazaba los alimentos de una manera absoluta, pero que los tomaba en cantidad insuficiente. Le encontré notablemente debilitado, y aconseje á los parientes le lleváran á un asilo. Así se hizo, pero era ya tarde. El paciente, apenas llegó al establecimiento, succumbió de una gangrena pulmonar. Ninguna tentativa se habia hecho para introducir los alimentos por la fuerza.

ble. Algunas veces se declara una ligera tos; el enfermo expectora primero mucosidades espumosas, despues estas mucosidades se hallan mezcladas con estrías de sangre pura; éstas se hallan reemplazadas por una sánies parduzca de horrible fetidez. Bien pronto declinan las fuerzas; el enfermo, que hasta entonces habia podido estar en pié, se debilita, no puede andar; algunas veces se manifiestan hipotimias, y la muerte sobreviene muy pronto.

No debemos imaginarnos, sin embargo, que la gangrena de los pulmones sobreviene en todos los casos en que los enajenados dejan de comer. En muchos cadáveres de individuos en tales condiciones, no he podido observar semejante fenómeno.

He consignado mis primeras observaciones acerca de la gangrena de los pulmones en una Memoria dirigida á la Sociedad de Medicina de Gante, y publicada en los anales de la misma corporacion con el título de *Recherches sur la gangrene des pommens chez les aliénés*.

Fraukel ha confirmado el resultado de mis investigaciones en el *Preussische medicinische Zeitung*.

Genest, en la *Gazette médicale de Paris*, ha llamado la atencion sobre tal enfermedad.

Rampold ha considerado la gangrena pulmonar como una consecuencia de la inflamacion.

Fichel, en el *Prager Vierteljahrschrift*, se ha ocupado tambien de la gangrena de los pulmones.

Leuret habla de la gangrena de los pulmones sin fetidez habitual del aliento.

En comunicaciones verbales; muchos de mis colegas, entre ellos MM. Roller, Herght, Conolly, han reconocido la justicia de mis observaciones.

Podéis leer sobre este mismo asunto las opiniones emitidas por los Sres. Flemming y Schnéevoigt en el Congreso científico de Aix-la-Chapelle; forman parte de una relacion publicada en el *Journal de Damerose*, etc.

(Durante un periodo de seis años, desde 1840 á 1845, se hizo en Praga la autopsia de 3.437 cadáveres, 3.102 procedentes de los hospitales y 335 del asilo de enajenados. Entre los primeros se encontró la gangrena 55 veces, y entre los segundos 25, segun estadísticas más extensas publicadas en los periódicos médicos).

C. *Afecciones del corazón.*

1. Un hecho indudable en la enajenación mental es la existencia de las enfermedades del corazón; puede decirse, según creo, que no constituyen una complicación rara en tal afección.

No debéis perder de vista que el corazón juega un papel muy importante en los actos morales; el disgusto, el terror y la alegría incitan á la vez la meral y el centro de la circulación. Los gritos, los gemidos continuos trastornan la acción del corazón y empujan la sangre hacia las cavidades derechas de este órgano; la tristeza, el abatimiento muscular, hacen incompleta la dilatación del pecho y oponen un obstáculo á la circulación de la sangre; de aquí, como hemos visto, esa preponderancia de la sangre venosa en los melancólicos.

Como ya he dicho, algunos enajenados se quejan de sofocación y de un dolor serido detrás del esternon, experimentan constricciones en la dirección de las carótidas. Cuando salen de un sueño incompleto, experimentan gran ansiedad precordial. Ora se ven enajenados que tienen los labios azules, mujeres que presentan el tinte clorótico; ora hay otras que tienen hemorragias nasales, que padecen casi continuamente hemorragias uterinas.

Sin embargo, rara vez se observa esa laxitud, esa sofocación ó ansiedad que son propias de las afecciones del órgano central de la circulación.

En ocasiones se ven enajenados que tienen el pulso intermitente, en una edad en que no puede sospecharse una osificación aórtica.

Otras veces se presentan casos de edema de las extremidades, y al hacer la autopsia se descubren afecciones del corazón, el engrosamiento de las paredes izquierdas de este órgano, la gran dilatación de sus cavidades derechas, engrosamientos del pericardio, manchas blancas en esta membrana, adherencias entre estas últimas y el corazón y las partes inmediatas; una especie de pezoncillos carnosos en la superficie cardíaca de esta membrana, una gran acumulación de serosidad en el saco de esta cubierta. En los enajenados de alguna edad, se reconocen a menudo concreciones óseas en el origen de la aorta, y algunas veces una dilatación aneurismática de esta arteria.

Cuando se trata de referir estas alteraciones orgánicas al desorden intelectual, se encuentra más de una dificultad. Los síntomas solo comienzan á manifestarse cuando la enfermedad mental ha

durado ya meses y años, de modo que las alteraciones orgánicas deben considerarse aquí como efectos más bien que como causas de la afección del centro circulatorio.

2. He observado casos de suicidio que podrán referirse á enfermedades del centro circulatorio. Así es que, en uno de estos casos, he podido encontrar una adherencia completa entre el pericardio y el corazón. Más de una vez este órgano me ha parecido pequeño, contraído y duro. Se han observado afecciones patológicas del corazón en casos de enajenación con tendencia al homicidio.

3. He reconocido los síntomas de afecciones del centro circulatorio en algunos enajenados que daban continuamente gritos. Se concibe que estos clamores, provocando suspensiones respiratorias, deben obrar desfavorablemente sobre el corazón, principalmente sobre las cavidades derechas de este órgano, que deben ocasionar congestiones venosas. Así lo indica al ménos, de una manera indudable, la coloración azulada de los labios.

4. Pero independientemente de estas diversas causas que pueden trastornar la acción del corazón, hay otra que creo muy poderosa: es la de la influencia del octavo par sobre los órganos de la circulación, de la respiración y de la digestión. La repugnancia por las comidas que se relaciona con una debilidad en la sensibilidad del estómago y del sentimiento de apetito alimenticio, es, debida á una modificación de los centros nerviosos, la cual debe tener también su irradiación hacia el centro circulatorio y aun sobre los órganos de la respiración. El nervio pneumo-gástrico desempeña en estas afecciones un papel que no podemos ménos de reconocer.

El Dr. Federico Nasse es el que ha reunido más documentos sobre la cuestión de las enfermedades cardíacas consideradas en las frenopatías. Las ha publicado en una revista *Archiv für Medicinische Erfahrung*, que después se llamó *Zeitschrift für*, etc.

En mi *Traité sur l'aliénation mentale et les hospices d'aliénés*, que se remonta á hace muchos años, he discurtido extensamente la cuestión de las influencias y de las lesiones consideradas en las afecciones que nos ocupan.

Entre las obras acerca de esta materia, la más reciente es la de Barrows, que lleva por título *On disorders of the cerebral circulation, and on the connexion between affections of the brain and diseases of the heart*.

El autor examina los casos en que las afecciones de los órga-

nos de la circulación pueden influir de una manera funesta sobre el cerebro.

SEXTA PARTE

ALERE FLAMMAM
VERITATIS



INDUCCIONES GENERALES

El diagnóstico anatómico, en su aplicación á las enfermedades mentales, no deja de ofrecer inmensas dificultades. Sin embargo, procuraré resumir lo que el estado de la ciencia permite formular en este punto.

Si los trabajos á que me he dedicado han servido casi siempre para confirmar la opinión de otros médicos alienistas, preciso es decir que algunas veces no han hecho más que llenarme de duda é incertidumbre.

1. He abierto gran número de cadáveres de enajenados; he dedicado á este género de investigaciones un cuidado y un tiempo infinitos, para dilucidar las graves cuestiones que se refieren al conocimiento de la naturaleza y del sitio de las enfermedades mentales. Debo, sin embargo, confesar que no he obtenido los resultados que esperaba. Algunas veces no he encontrado nada allí donde esperaba hallar una alteración orgánica, mientras que otras he observado desórdenes cuya presencia no podía suponer. He observado en el color del cerebro, en su consistencia, anomalías que me han hecho dudar de la existencia de una enfermedad orgánica real de este órgano. He reconocido lesiones considerables, pertenecientes tan sólo á una fracción de los cadáveres abiertos, pero no me han hecho siempre descubrir el fenómeno íntimo de los desórdenes que había observado ántes de la muerte de los sujetos. He dicho, pues: he visto síntomas en el vivo y tampoco veo más que síntomas en el hom-

bre muerto; la individualidad morbosa me es, pues, desconocida, tanto en el vivo como en el cadáver.

(Esquirol ha dicho estas notables palabras: «Hace 30 años hubiera escrito con gusto sobre la causa patológica de la locura; hoy no intentaré siquiera un trabajo tan difícil y que ofrece tanta incertidumbre, tanta contradicción con los resultados de las autopsias de enajenados hechas hasta el día; pero debo añadir que los trabajos modernos permiten esperar nociones más positivas, más claras, más satisfactorias.»)

2. El cerebro, tanto en su estado fisiológico como en el morboso, será eternamente para el médico un órgano envuelto por el misterio. Si hay desórdenes orgánicos que hacen comprender la mayoría de las enfermedades llamadas cerebrales, existen alteraciones orgánicas del cerebro que no explican apénas por qué los individuos que las sufren continúan gozando toda su inteligencia y se hallan exentos de síntomas cerebrales. Hay casos de heridas del cerebro, aun considerables, y de enfermedades de este órgano, en los cuales los pacientes no presentan ningun desórden ni en la sensibilidad, ni en la motilidad, ni en la esfera de las ideas. He visto tales casos, y otros profesores los han visto conmigo: ellos eran capaces de hacer cambiar todas nuestras ideas sobre las funciones del cerebro y la sintomatología de las afecciones cerebrales.

Conozco, bajo este punto de vista, cuatro hechos verdaderamente extraordinarios.

El primero, recogido por el Dr. De Nobele, fue publicado en el *Recueil de la Société de Médecine* de Gante; se refiere á una herida producida por arma de fuego: una bala que, entrando por encima de las órbitas, chocó contra los huesos de esta parte del cráneo y dió lugar á la evacuación de una cantidad notable de sustancia cerebral. De esta lesión no resultó ningun desórden en el entendimiento, ninguna modificación en la motilidad; solo quedó la ceguera del paciente.

El segundo hecho es relativo á una larga aguja que atravesó el cráneo de parte á parte, desde la frente al occipucio; el sujeto fué atacado de una parálisis, pero conservó el uso íntegro de sus funciones intelectuales, después de un estado comatoso que apénas duró algunos días. Este caso fué descrito por los Sres. Lievens y De Moor, en los *Annales de la Société de Médecine* de Gante.

El tercero, observado por mí, se refiere á una ablación de la

sustancia cerebral, que formaba hernia en la región precordial, sin ninguna alteración en los actos intelectuales.

El cuarto concierne á la destrucción del cuerpo geniculado, causada por una erosión cancerosa de esta parte; el paciente, que me consultó amenado sobre su enfermedad, no había ofrecido nunca el menor trastorno de las facultades intelectuales, la menor parálisis, el menor desorden de los movimientos; únicamente, de vez en cuando, experimentaba atroces dolores. La alteración orgánica fué comprobada por el Dr. Sotteau.

Después de publicada la primera edición de esta obra, he tenido ocasión de observar otro caso de lesión considerable de la sustancia cerebral sin desorden de las facultades intelectuales. Se trata también de un hecho comunicado á la Sociedad de Medicina de Gante por el Dr. Herremán, de Wetteren. Un hombre recibió una cuchillada en la sien izquierda. La hoja puñalada atravesó las partes óseas, penetró en el cerebro á la profundidad de pulgada y media, como lo demostré más tarde la autopsia, y se rompió en aquel punto donde estuvo encajada durante 18 meses. Al cabo de este tiempo, el sujeto murió físico. Durante ese intervalo, dicho sujeto no presentó el menor desorden en sus facultades intelectuales. El caso se encuentra publicado en los citados *Annales de la Société de Médecine de Gante*.

(El Sr. Ferrus refiere — dice el Sr. Longet — que el general B... habiendo perdido gran parte del parietal á consecuencia de un herida, presenta una atrofia considerable del hemisferio correspondiente, que se traduce al exterior por una depresión enorme del cráneo. El citado general conserva la misma vivacidad de espíritu, la misma rectitud de juicio, pero no puede entregarse durante algun tiempo á los trabajos intelectuales sin experimentar bien pronto una gran fatiga.)

3. He encontrado lesiones en las cavidades torácicas y en las cavidades abdominales, reproduciéndose en mi ánimo las mismas dudas que ántes habian hecho nacer las lesiones cerebrales. El escabelo no me permitió determinar la naturaleza de la enajenación mental por la inspección de las vísceras; debí sospechar que las lesiones viscerales se habian declarado durante el curso, siempre largo, de la enfermedad mental misma.

4. Haciendo una estadística de los enajenados que sucumben de casos crónicos, se observan generalmente enfermedades de las vísceras

abdominales y torácicas; no por esto ha de deducirse, como diré más tarde, que deba buscarse en las vísceras la causa primera de las enajenaciones mentales.

5. Todas las enajenaciones pueden recorrer sus diferentes períodos, sin presentar después de la muerte ningún signo de una alteración anatómica del cerebro.

Todos los géneros frenopáticos pueden ofrecer lesiones cadavéricas; pero éstas se encuentran también en otras enfermedades, en las cuales ofrecen una significación muy diferente.

MELANCOLÍA

1. Los melancólicos, cuando mueren accidentalmente en el curso del estado frenológico, no ofrecen las más veces ningún indicio de una alteración orgánica, ora de la sustancia cerebral, ora de las meninges. La solidez de la sustancia cerebral, una turgencia venosa, una ligera retracción, una escasa colección serosa, son los únicos fenómenos que se observan en el interior del cráneo.

2. Si la melancolía se prolonga más allá del término de las curaciones ordinarias de esta enfermedad, si insensiblemente se asocia á una debilidad de las funciones del entendimiento, puede admitirse un cambio sobrevenido en la configuración orgánica de la masa encefálica, una opacidad de la aracnoides, una hiperemia de la pia-madre, y, las más veces, una colección serosa intermenbrunaria.

3. En la melancolía, más que en cualquier otro género de enfermedad mental, la autopsia nos proporciona el descubrimiento de lesiones viscerales, de infartos de la vena porta, de inflamaciones del peritoneo, de afecciones del pecho; pero en la mayor parte de los casos son efecto de la enfermedad ó el resultado de circunstancias fortuitas.

ÉXTASIS

Rara vez se ve que los enajenados atacados de éxtasis sucumban de esta enfermedad; debemos, pues, creer que se halla exenta de un estado desorganizador, y que en esta afección, como en la melancolía

lía y cómo en la generalidad de las manías, el desórden cerebral es puramente funcional.

MANÍA

1. Si la manía va acompañada de inyección de la conjuntiva, de rubicundez en la frente, de un gran calor en el cuero cabelludo, esto hace suponer la existencia de una epidemia cerebro-meníngea, pero no inflamatoria, no desorganizadora. Es la expresión de un estado funcional, de un orgasmo, que se comunica al sistema vascular.

2. Cuando la manía se halla caracterizada por un gran influjo de la voluntad, por gritos, vociferaciones, tumulto y agitación, el encefalo está infundado de sangre. Amenudo se encuentran en los maniacos que han chillado y vociferado mucho, congestiones de la pia-madre y equimosis subaracnoideas; existen ordinariamente en las regiones parietales y temporales.

3. Si el enfermo llega á morir accidentalmente en el curso de una manía tranquila, si ha conservado intactas la concepcion, la memoria, los sentimientos afectivos, la autopsia no anuncia apénas una alteración orgánica cualquiera. Es lo cierto tambien que hay manías que se declaran periódicamente; en los intervalos de los retornos el cerebro no presenta nada de anormal. Sin embargo, no se puede plantear en este sentido una regla general; en las manías periódicas se observan, ora endurecimientos de la sustancia cerebral, ora opacidades de la aracnóides.

4. Sucede amenudo que la manía está complicada con epilepsia; á cada acceso la cabeza se congestiona; amenudo la autopsia demuestra equimosis subaracnoideas, equimosis del mismo cerebro, de la sustancia cortical y medular, endurecimientos del puente, de la médula oblongada, etc.

5. Puede suceder que en el curso de la manía se manifieste una postracion repentina, un gran desórden en las ideas, una tension muscular; entónces se puede temer un orgasmo fluxionario en la periferia del cerebro.

6. Cuando la manía, despues de haber durado algunos meses, pasa insensiblemente al estado de debilidad de la inteligencia, cuando el enfermo deja de prestar atencion á lo que pasa alrededor de él y de reconocer las personas y las cosas, no se puede decir con

certeza que no existe en él una ó otra de las alteraciones anatómicas que acabo de indicar. Muchas veces, si el enfermo se muere, se encuentra, al mismo tiempo que la hiperhemia cerebral, la opacidad de la aracnóides. Si los síntomas de la manía van disminuyendo y los de la demencia aumentan, puede asegurarse, por decirlo así, que se ha verificado un trabajo morboso orgánico. Las más veces se observa entónces la congestión de la sustancia cortical, la congestión de la pia-madre, el engrosamiento de la aracnóides y rara vez el reblandecimiento.

7. Algunas veces se encuentra, á la muerte del maníaco, una opacidad de la aracnóides; debe suponerse que estas lesiones anatómicas se refieren á una gravedad que la enfermedad no tiene generalmente. Si, por el contrario, se descubre una lesión anatómica, debe creerse que esto es más ó ménos un hecho accidental y excepcional.

No vacilo en establecer en principio que, en la mayor parte de los casos, la manía excluye las lesiones orgánicas notables.

LOCURA

No puedo decir en qué estado se encuentra el cerebro en los enajenados incendiarios, en los gestionadores, en los que á todo se oponen, como tambien en los que no comen, en los suicidas, homicidas, mártires, etc. Estos son ordinariamente síntomas accesorios que el práctico debe consultar. Si la enfermedad ha tenido una larga duracion, se reconoce con frecuencia un estado morboso de las vísceras; del corazon, de la aorta, del hígado, del estómago, del intestino.

DELIRIO

La misma incertidumbre reina respecto á toda esa serie de frenopatias, ordinariamente crónicas, que hemos comprendido con el nombre de delirio. Nada, absolutamente nada hasta aquí, nos autoriza para decir cuál es la alteracion de la sustancia cerebral cuando un desórden notable se apodera del dominio de las ideas, en los ca-

sos de alucinaciones, de ilusiones, y no ya acompañado de parálisis general y de incoherencia en las concepciones.

DEMENCIA

1. En la demencia es donde principalmente se debe esperar encontrar lesiones anatómicas del cerebro.

2. Entre todos los fenómenos que indican la existencia de estas lesiones, la sustracción, la nulidad, la abolición de los actos cerebrales son los principales.

Son ocasionadas, ora por la compresión, ora por la destrucción, ora por la irritación de la pulpa cerebral.

3. En la demencia, mucho más que en cualquiera otra frenopatía, puede creerse en la existencia de un engrosamiento, de una retracción de la aracnóides, de una infiltración, de un infarto vascular de la pia-madre y de una modificación sobrevinida en el estado vascular y en la textura de las circunvoluciones cerebrales inmediatas.

Pero no se podrá siempre decir que hay ó que no hay reblandecimiento.

Amenudo se podrá afirmar la existencia de una coleccion serosa. En cuanto á la induración cerebral, la poca certidumbre de los síntomas rara vez permite sospecharla.

Unas veces se podrá sospechar un engrosamiento de la arañóides; otras, esta alteración patológica escapará á toda atención.

4. Es esencial recordar que la demencia no está invariablemente relacionada con un estado orgánico del cerebro; que esta enfermedad es amenudo completamente independiente de tal estado.

Tal es el carácter de la mayor parte de las demencias francas primitivas. En la demencia senil, en la que sucede inmediatamente á una fuerte commocion moral, en la demencia que es el resultado de una gran miseria, en la que se refiere á emisiones espermáticas muy frecuentes, la abertura cadavérica no revela ordinariamente ningun estado anatómico morboso apreciable. Exceptáo las acumulaciones serosas, un estado de decoloración de la sustancia gris, la retracción, la atrofia del cerebro. Pero, lo repito, no siempre puede decirse: encontraré en un enfermo dado una decoloración, una retracción, un hidrocefalo intermembranario.

Terminamos aquí la parte fenomenológica de las enajenaciones mentales.

En la lección inmediata nos ocuparemos del exámen de la etiología de estas afecciones.

Se pueden consultar las obras siguientes, para el estudio de los fenómenos cadavéricos observados en los enjennados.

1. Chirosigi: *Della pazzia*, 1793.
2. Haslam: *Observations on Insanity*, 1798-1809.
3. Corvisart: *Essai sur les maladies du cœur*, 1806.
4. Marshal Hall: *The morbid anatomy of the brain in mania*, 1815.
5. Nasse: *Archiv. für med. Erfahr.*, 1817.
— *Zeitschrift*, 1818-22.
6. Esquirol: *Dict. des Sciences médicales.—Des maladies mentales*, 1828.
7. Spurzheim: *Observations sur la Folie*, 1812.
8. Bostan: *De ramollissement du Cerveau*, 1823.
— *Leçons sur le ramollissement du Cerveau*.
9. Pinel-Grandchamp: *Mémoires*, 1823.
10. Belyze: *Considérations sur une espèce de paralysie qui affecte les aliénés*.
11. Mivrie: *Mémoires*.
12. Falret: *Traité de l'Hyponcondrie et du Suicide*, 1824.
13. Georget: *Article Folie del Dictionnaire de Médecine*, 1824.
14. Boyle: *Maladies du Cerveau*, 1826.
15. Calmeil: *De la paralysie générale*, 1826.
— *Maladies inflammatoires du cerveau*, ya citada.
16. Foville: *Art. Aliénation del Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 1829.
17. Abercromby: *Maladies de l'Encéphale*, traduction de Gendrin, 1837.
18. Rochoux: *Recherches sur l'Apoplexie*, 1833.
19. Tallemand: *Recherches sur l'Encéphale*, 1827.
20. Bouillaud: *Traité de l'Encéphalite*, 1825.
21. Fuchs: *Beobachtungen über Gehirnweichung*.
22. Combe: *Observations on mental derangement*, 1834.
23. Bertolini: *Prospecto Statistico-clinico*, etc., 1832.
24. Guislain: *Traité sur l'aliénation mentale*.
— *Traité des Ehrénopathies*, 1833.
— *De la Gangrene des Poumons.—Annales de la Société de Médecine de Gand*, 1835.

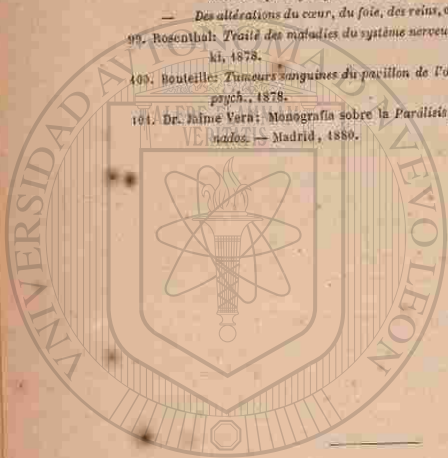
25. So. Pinel: *Physiologie de l'homme aliéné*, 1833.
26. Baiken: *Répertoire général d'anatomie*. por Breschet.
27. Rush: *Medical inquiries and observations upon the diseases of the mind*, 1835.
28. Wachtler: *Considérations sur la Paralyse des aliénés*. — *Dissertation*, 1837.
29. Leaut: *Mémoire sur les fausses membranes de l'Araclnoïde*. — *Gazette médicale de Paris*, 1836.
30. Andral: *Clinique médicale*. — *Maladies de l'Encéphale*, 1834.
31. Cruveilhier: Art. *Apoplexie* del Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie.
32. Baillarger: *Sur la valeur des lésions anatomiques dans la Folie*. — *Esculape*, 1840.
- *Recherches sur la couche corticale*. — *Mémoires de l'Académie royale de Médecine de Paris*, 1840.
- *Note sur la Paralyse générale*. — *Annales méd.-psych.*, 1847.
- *De la Paralyse générale chez les pellagres*. — *Ann. suéd.*, 1849.
- *De la cause anatomique de quelques hémiplegies incomplètes chez les déments paralytiques*. — *Ann. médico-psychol.*, 1858.
33. Parchappe: *Recherches sur l'Encéphale*, 1836.
- *Traité sur la Folie*, 1811.
34. Deveau: *Dissertation sur la Paralyse générale observada por Charenton*.
35. Bellomo: *Considérations sur l'apoplexie de la Folie*, 1833.
36. Etoc Demazy: *De la Stupidité chez les aliénés*, 1833.
37. De Jangher: *Observations pratiques d'aliénation mentale*, 1811.
38. J. Vogel: *Icones histologicae pathologicae*, 1833.
39. Güngör: *Atlas der pathologische anatomie*, 1813.
40. Durand-Paisid: *Gazette médicale de Paris*, 1811; — *Archives générales de Médecine*, 1844.
- *Traité du Ramollissement du Cerveau*.
41. Rodrigues: *Paralyse générale*. — *Annales de la Société de Médecine d'Anvers*, 1817.
42. Thore: *Sur les maladies incidentes des aliénés*, 1847.
43. Leuret: *Observations de gangrène des poumons sans stéidie habituelle de l'alténa*.
44. Pool: *Bechrijving ener Weesfel ontanding van de myerstof der groote Hersenen*, 1816.
45. Lauer: *De la Paralyse générale*, 1816.
46. Pinel, nouveau: *Sur la Paralyse générales des aliénés*, 1817.
47. Briere de Boismont: *De la Paralyse des aliénés, sans aliénation mentale*. — *Gazette médicale de Paris*, 1847.
- *De délire aigu*.

47. Briere de Boismont: *Paralyse progressive*. — *Annales médico-psycholog.*, 1851.
48. Hift: *Ueber Gehirnreizung*.
49. Rokitski: *Path. anat.* — *Gehirnströmung*.
50. Heilmann: *Vorlesung über die pathologische Veränderungen in den Lelchen von Geisteskranken*. *Lancet*.
51. Werner Nasse: *Commentatio de functionibus singularibus cerebri partium*, 1818.
52. Bergmann: *Pathologische Darstellungen*. — *Allgemeine Zeitschrift von Damerow*, 1850.
53. Romberg: *Lehrbuch der Nervenkrankheiten der Menschen*, 1851.
54. Moreau: *De la Paralyse générale des aliénés*. — *Annales médico-psychologiques*, 1850.
55. Bouclat: *Mémoire sur la nature du Ramollissement cérébral sénile*. *Act. de la Société de Médecine des hospices de Paris*, 1850.
56. Aubert: *De la forme du délire chez les aliénés pellagres*. — *Ann. médico-psychol.*, 1858.
57. Stahl: *Zur Lehre über die Organischen Anlagen zum Irresein*. — *Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie*, 1859.
58. Ach. Foville: *Recherches sur les tumeurs sanguines de l'oreille*. — *Annales médico-psychol.*, 1850.
59. Gudden: *Ueber Entstehung Ohrblutgeschwulste*. — *Allgem. Zeitsch. für Psychiatrie*, 1860.
60. Brunet: *De l'hydrocéphale centriculaire chronique, acquise et idiopathique*. — *Ann. médico-psychol.*, 1861.
61. Baume: *De l'inégalité du poids des hémisphères dans l'hémorrhagie cérébrale et méningée dans l'hémiplegie incomplète chez les déments paralytiques*. — *Ann. médico-psych.*, 1861.
62. Sutherland: *On the pathology, morbid anatomy and treatment of insanity*. — *Journal of mental science*, 1861.
63. Adam Addison: *On the pathological anatomy of the Brain in Insanity*. — *Journ. of mental science*, 1862.
- *On chemical pathology of the Brain*. — *Journal of mental science*, 1866.
64. Meschedé: *Paralytische Geisteskrankheit*. — *Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie*, 1863.
- *Des lésions anatomiques de la folie paralytique*. — *Annales médico-psych.*, 1860.
- *Ueber die der paralytischen Geisteskrankheit zu grunde liegende pathologie*. — *TOMO I.*

- thologisch-anatomischen Veränderungen. — *Allgem. Zeitschrift für Psych.*, 1873.
65. Paul Ladame: *Symptomatologie und Diagnostik der Hirngeschwülste*, 1895.
66. Griesinger: *Traité des maladies mentales. Pathologie et thérapeutique*, traduito par Doumae, con un apéndice sobre la parálisis général por Baillarger.
67. Griesinger y Falret: *La pathologie mentale au point de vue de l'école somatique allemande*. — *Ann. médico-psych.*, 1865.
68. Sankey y Rosselin: *La pathologie de la parésie générale*. — *Ann. médico-psych.*, 1865.
69. Besser: *Ueber die Verwachsung der Gehirnhaut mit der Hirnrinde*. — *Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie*, 1867.
70. Meynert: *Der Bau der Grosshirnrinde und seine örtlichen Verschiedenheiten nach einem pathologischen Anatomicum Corollarium*. Vierteljahrscr. für Psychiatrie, 1867.
— *Studien über das pathologisch-anatomisch Material der Wiener Irrenanstalt*. — *Vierteljahrscr. für Psych.*, 1867.
71. Von Krafft Ebing: *Ueber die klinische differentielle Diagnose zwischen der durch Pochymeningitis diffusa chronica bedingten Dementia paralytica und der durch andere Gehirnkrankungen hervorgerufenen Irresin mit Lähmung*. — *Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie*, 1867.
72. Hoffmann: *Beiträge zur pathologischen Anatomie und Histologie des Nervensystems*. — *Vierteljahrscr. für Psych.*, 1868.
73. Sankey: *On the state of the small arteries and capillaries in mental disease*. — *Journ. of mental science*, 1868.
74. Damesnil: *Sur un signe propre à établir le diagnostic d'un accès d'aliénation mentale essentielle et du délire qui peut accompagner et même précéder la fièvre typhoïde*. — *Ann. médico-psych.*, 1869.
75. Simon: *Ueber den Zustand des Rückenmarkes in der Dementia paralytica und die Verbreitung der Eirnenzellen Myelitis*. — *Arch. für Psychiatrie*, 1869-70.
76. B. C. Ingels: *Autopsies cadavériques faites à l'hospice Guislain*, 1880 y 1875.
77. Nasse: *Ueber die Beziehungen zwischen Typhus und Irresin*. — *Allgem. Zeitschr. für Psych.*, 1870.
78. Laborde: *La ramollissement et la congestion cérébrale chez le vieillard*, 1870.

79. Zenker: *Die Willkürlichen Bewegungen. Modus und Mechanik in der fortschreitenden Allgemeinen Paralyse*. — *Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie*, 1870.
80. Bayl: *Observations on general paralysis of the insane and on the morbid changes found on post-mortem examination in the spinal cord*. — *Journal of mental science*, 1871-1872.
81. Bywater Ward: *On morbidities osium and allied diseases*. — *Westriding reports*, 1871.
82. Holtzof: *Der Duodenaltract in seinen Beziehungen zu den Psychosen*. — *Correspondenzblatt für Psychiatrie*, 1873.
83. Charcot: *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1873-1877.
84. Ripping: *Ueber der cystoid degeneration der Hirnrinde bei paralytischen Geisteskranken*. — *Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie*, 1873.
85. Alejo Lablloff: *Beiträge zur pathologischen Anatomie der Allgemeinen progressive Paralyse und Mittheilungen über eine besondere Colloidartige degeneration der Hirngefässe*. — *Archiv. für Psychiatrie*, 1874.
86. Bäcknill y Tuke: *A manual of psychological medicine*, 1874.
87. Luis: *Etudes de physiologie et de pathologie cérébrales*, 1875.
— *Leçons sur la structure et les lésions du système nerveux*, 1875.
88. Wundt: *Grundzüge der physiologischen Psychologie*, 1874.
89. L. Meyer: *Ueber Hemmungselementen bei Idioten*. — *Archiv. für Psychiatrie*, 1875.
90. Julio Jeansen: *Untersuchungen über die Beziehungen Zwischen Grosshirn und Gehirnstämmungen an sechs gehirnen Geisteskranken Individuen*. — *Archiv. für Psychiatrie*, 1875.
91. Colección de Ziemssen: *Handbuch der Specieilen Pathologie, Nervenkrankheiten*. — Hagenau: Pochymeningitis, 1873-1876.
92. Foville: *Des relations entre les troubles de la mobilité dans la paralysie générale et les lésions de la couche corticale des circonvolutions pariétales*. — *Ann. médico-psych.*, 1876.
93. Vaisin: *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 1876.
94. Magnan: *Recherches sur les centres nerveux. Pathologie et physiologie pathologique*, 1879.
95. Weiss: *Die Cerebrale Grundzustände der Psychosen*, 1877.
96. De Visscher: *Pathogénie et diagnostic du ramollissement cérébral*, 1877.
97. Schüle: *Beiträge zur Kenntnis der Paralyse*. — *Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie*, 1877.

98. Dufour: *Note à propos des localisations fonctionnelles dans les diverses formes de la paralysie générale*, 1878.
 — *Des altérations du cœur, du foie, des reins, etc., chez les aliénés*, 1876.
 99. Rosenthal: *Traité des maladies du système nerveux*, traducido por Labanski, 1878.
 100. Bouteiller: *Tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille*. — *Annales médico-psych.*, 1878.
 101. Dr. Jaime Vera: *Monografía sobre la Parálisis progresiva de los enajenados*. — Madrid, 1889.



LECCION DÉCIMOCTAVA

DE LAS CAUSAS OCASIONALES Y PREDISPONENTES
DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

PRIMERA PARTE

EL DESARROLLO DE LA ENAJENACION MENTAL CONSIDERADO
EN LAS DIFERENTES NOCIONES

SEÑORES:

Antes de examinar las causas que conducen á la enajenacion mental, deseo exponeros las influencias generales que pueden considerarse como los factores directos ó indirectos de esta enfermedad

CAUSAS GENERALES

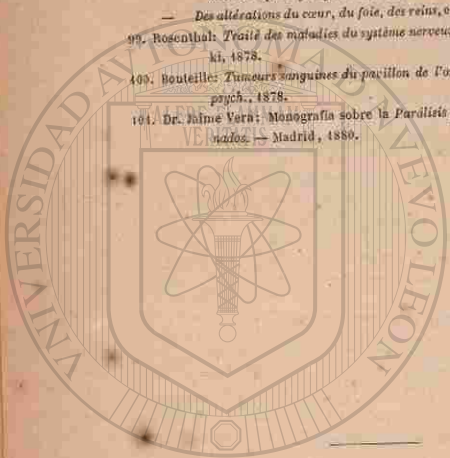
La civilizacion europea.

1. Se han recogido cuadros estadísticos destinados á expresar la relacion que existe entre los enajenados y la poblacion general de los diferentes países. Esta evaluacion ha sido hecha en la mayor parte de los puntos de Europa y las partes civilizadas de la América.

Resulta, en general, de los antecedentes que se han podido recoger, que los enajenados se encuentran en mayor número en los países habitados por los europeos.

El Sr. Moreau, de Jones, ha calculado que en Francia, teniendo en cuenta su poblacion total, hay un enajenado por cada 1.900 ó 2.000 habitantes.

98. Dufour: *Note à propos des localisations fonctionnelles dans les diverses formes de la paralysie générale*, 1878.
 — *Des altérations du cœur, du foie, des reins, etc., chez les aliénés*, 1876.
 99. Rosenthal: *Traité des maladies du système nerveux*, traducido por Labanski, 1878.
 100. Bouteille: *Tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille*. — *Annales médico-psych.*, 1878.
 101. Dr. Jaime Vera: *Monografía sobre la Parálisis progresiva de los enajenados*. — Madrid, 1889.



LECCION DÉCIMOCTAVA

DE LAS CAUSAS OCASIONALES Y PREDISPONENTES
DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

PRIMERA PARTE

EL DESARROLLO DE LA ENAJENACION MENTAL CONSIDERADO
EN LAS DIFERENTES NOCIONES

SEÑORES:

Antes de examinar las causas que conducen á la enajenacion mental, deseo exponeros las influencias generales que pueden considerarse como los factores directos ó indirectos de esta enfermedad

CAUSAS GENERALES

La civilizacion europea.

1. Se han recogido cuadros estadísticos destinados á expresar la relacion que existe entre los enajenados y la poblacion general de los diferentes países. Esta evaluacion ha sido hecha en la mayor parte de los puntos de Europa y las partes civilizadas de la América.

Resulta, en general, de los antecedentes que se han podido recoger, que los enajenados se encuentran en mayor número en los países habitados por los europeos.

El Sr. Moreau, de Jones, ha calculado que en Francia, teniendo en cuenta su poblacion total, hay un enajenado por cada 1.900 ó 2.000 habitantes.

En Inglaterra se ha admitido la proporción de un enajenado por 733 habitantes.

De cualquier modo que sea, tales cálculos distan mucho de merecer una entera confianza, ó bien los antecedentes recogidos son incompletos ó carecen de autenticidad.

2. Una observación directa hecha en diferentes pueblos, demuestra un estado de cosas muy variado. El resultado se modifica según las costumbres, las leyes y las diversas industrias del país.

Pero lo que importa consignar es que allí donde la educación, las artes, las ciencias y las ideas religiosas de Europa se pierden, vemos que la enajenación se hace ménos frecuente y concluye desapareciendo por completo.

Entre las influencias que tienden á producir esta afección, la moderna civilización europea es la que parece más poderosa.

Este punto exige que lo tratemos con algún detenimiento.

La enajenación mental apenas se encuentra en las naciones nómadas, asiáticas, africanas y en los salvajes de América.

El habitante de los desiertos asiáticos y africanos no se preocupa más que de sus carneros, de sus caballos, de sus camellos, de sus prácticas religiosas.

El salvaje de la América sólo conoce los enemigos vecinos, las emboscadas, las venganzas que tiene que realizar, los búfalos que mata.

El árabe y el indio conservan, en una palabra, en nuestros días, algo que recuerda los tiempos primitivos.

Las costumbres en el Oriente son en la actualidad las mismas que hace 1.000 años.

El régimen alimenticio no ha cambiado.

Los objetos en que el árabe concentra toda su afección son los mismos, la pipa, la carabina, el caballo, la mujer, los hijos.

Los viajeros que han permanecido mucho tiempo entre los indios de América, los sábios que han habitado entre los árabes del Asia, me han asegurado que la enajenación es una enfermedad rara entre los orientales y casi desconocida entre las naciones que viven en estado primitivo.

El Dr. Brièrre de Boismont ha practicado interesantes estudios en este sentido.

El Sr. Moreau, de Tours, ha confirmado, por observaciones hechas en los mismos lugares, la opinión que asigna al Oriente un nú-

mero menor de enajenados que en Europa. En la Nubia no encontró un solo enajenado.

El Sr. Aubert, que ha recorrido la Abisinia en todas direcciones, no ha visto más que dos idiotas.

Recientemente ha publicado Spengler una noticia, tomada de Pruner, que prueba que en el Cairo, en una población de 300.000 almas, se cuentan tan sólo en el manicomio 75 enajenados, entre los cuales hay muchos que pertenecen á las partes inmediatas.

Las relaciones variadas que se han recogido en Constantinopla prueban el mismo resultado, aunque ya en esta población, como en el Cairo, no puede negarse la influencia de la civilización europea.

Puedo comunicaros también algunos datos que he tenido ocasión de recoger.

Un joven eclesiástico, tan digno como ilustrado, un padre de la Orden de Recoletos, al partir para la Tierra Santa tuvo á bien prometerme algunos datos sobre los enajenados de Palestina.

Después de haber permanecido 10 meses en Jerusalem, escribía lo siguiente:

Me he dirigido á todas partes á fin de poderos proporcionar de la manera más exacta los datos que deseáis, y mis investigaciones sólo han servido para darme á conocer un pequeñísimo número de casos de enajenación mental; cuatro, en totalidad, de los cuales uno era loco y tres imbeciles y estúpidos, como vos los llamais. Estos casos se hallan repartidos de la manera siguiente: dos en Alejandria (una mujer y un hombre) y dos en Jerusalem, de uno y otro sexo. Alejandria cuenta 50.000 habitantes y Jerusalem 20.000. Debo advertir que la persona atacada de locura propiamente dicha era un médico judío nacido en Europa, que habitaba en Alejandria; los hombres han muerto ya en la actualidad. Las mujeres enajenadas continúan corriendo por las calles, provocando la risa de los muchachos. Por último, debo advertiros que no hay ninguna casa destinada á recibir estos enajenados, y que tampoco la habrá mientras una civilización avanzada con todas sus luces, no venga á iluminar el espíritu de esos pobres pueblos, que se cuidan muy poco de nuestros progresos.

He sabido por un célebre misionero, el P. De Smet, conocido por sus escritos y sus largos y numerosos viajes á través de los prados americanos, que si existen enajenados entre esos habitantes

primitivos del Nuevo Mundo, son únicamente idiotas; enajenados propiamente dichos no se ha encontrado un solo caso.

Muchas observaciones vienen en apoyo de las de Humboldt, que en vano había buscado enajenados entre los salvajes de América. Sin embargo, leemos en el *American Journal of insanity*, que los casos de enajenación mental son menos raros en los indios de lo que generalmente creían los observadores. El Dr. Jorge Suckley, haciendo conocer su opinión sobre el particular, añade que cuando esta enfermedad se desarrolla entre dichos hombres primitivos, son objeto de una gran solicitud.

El Dr. Williams, que residió en la China durante 12 años, ha dicho recientemente que la enajenación mental es en dicho punto una enfermedad muy rara. Atribuya la inmunidad de los habitantes de este país á la falta de esa condición intelectual febril, que es la del europeo y la del norte americano; aleja también el uso muy limitado que hacen los chinos de las bebidas espirituosas.

3. Ahora bien; comparemos las costumbres primitivas, uniformes, de los árabes y de los indios con nuestra vida de agitación, de movimiento, de efervescencia, y tendremos la solución del problema.

Lo que llena nuestro pensamiento, son proyectos, novedades, reformas.

Lo que nosotros los hombres europeos buscamos á cada paso, son emociones.

Lo que nosotros experimentamos, son contratiempos, ilusiones, decepciones.

En nuestras villas populosas, sobre todo, existen mil preocupaciones diferentes, mientras que el tipo de lo invariable reside en las poblaciones asiáticas.

Esos focos incubadores del desorden mental los encontramos en los pueblos que escuden el yugo de la autoridad,

entre los pueblos que forman asociaciones, que se mezclan en la confección de las leyes, que publican novedades,

en los países en que una necesidad imperiosa induce á los hombres á salir de la esfera en que los ha colocado la naturaleza.

El representante de nuestra civilización vive en la opinión de los que le rodean. La elevación de su moral absorbe todos sus pensamientos; quiere progresar, quiere, sobre todo, progresar á los ojos

de los que le observan. Siente la necesidad de abandonar su posición actual, y aspira á un rango más elevado. No considera nunca su misión como terminada; se cree siempre en marcha, y encuentra en todas partes posiciones que anhela con entusiasmo.

La efervescencia de las masas es sostenida por ideas de emancipación, todas las ideas se desencadenan; el hombre que concibe esperanzas experimenta desengaños; las familias son atacadas en lo que tienen de más precioso, se ven cruelmente acometidas en sus más caras afecciones.

Cuando estallan esas revoluciones, cuando los reyes son derribados de sus tronos, se ven comprometidas miles de existencias.

4. Resulta, pues, de esto que, cuanto mayor es la agitación entre los hombres, más dispuesta se halla su moral á la enajenación; que cuanto más excitadas están sus pasiones y sus sentimientos, más prontos están á desbordarse unos y otros.

Los pueblos de la civilización europea, de la civilización norteamericana, se hallan como en un estado de embriaguez continua,

embriaguez de emociones,
embriaguez de dignidad personal,
embriaguez de impresiones siempre renovadas.

No sucede así en las naciones más próximas al estado de la Naturaleza con los hombres que viven lejos del tumulto de lo que se llama el mundo.

No poseo las estadísticas de los enajenados pertenecientes á otras épocas de gran tranquilidad social; pero tengo la certeza de que entonces la cifra de los enajenados sería mucho menor que en el día. Por lo demás, no puede ponerse en duda la justicia de este principio en presencia de los resultados que observamos alrededor de nosotros.

Así, la cifra de los enajenados es mayor en los países en que reina una gran libertad que en aquéllos en que esta libertad se halla restringida.

Bajo este punto de vista los gobiernos turcos, rusos, italianos (antes de las últimas revoluciones) presentaban un contraste con los gobiernos inglés, francés, español, belga y americano del Norte.

5. No siempre debe buscarse en las pasiones violentas el germen de la predisposición á las enfermedades mentales.

Los pueblos salvajes tienen pasiones mucho más fuertes que las razas civilizadas, y, sin embargo, se hallan mucho menos predis-

puestos al desórden intelectual. Sus venganzas son atroces, sus maquinaciones horribles, pero su ternura tiene ménos expansion; no lloran, apenas rien.

6. Un carácter propio de estas naciones:
 una suma menor de afecciones,
 la uniformidad de las costumbres y de los hábitos,
 la invariabilidad de las instituciones sociales,
 necesidades mucho más limitadas,
 la costumbre de las privaciones,
 una vida según el instinto,

una vida de salvaje que les hace aptos para soportar las penas, para sufrir el dolor, para afrontar los peligros, para sufrir los tormentos, para contemplar la muerte con indiferencia, con la mayor tranquilidad de espíritu.

En esos hombres hay mucha más resignación, ménos inquietud, ménos temor, ménos terror.

Hay tambien en ellos una manifestación exterior ménos pronunciada. Tienen la facultad de disimular su dolor; pueden ocultar sus proyectos de venganza sin dejar de alimentarlos por espacio de largos años.

Entre los pueblos primitivos consideran la expansion moral, la gesticulación oratoria, la alegría tan característica en los pueblos de la civilización europea, como indicios de locura.

7. Pero nosotros desarrollamos en nosotros mismos una delicadeza ignorada por esos pueblos bárbaros.

La civilización europea quiere la elevación del termómetro de las pasiones tiernas.

Es evidente que exalta la esfera de los sentimientos morales las afecciones que parten del corazón. Está fuera de duda que las palabras de amor, de ternura, de amistad, tienen en nosotros una significación distinta que en el asiático, el africano y el americano.

Todos nuestros cuidados tienden á excitar nuestra ya excesiva sensibilidad; por un motivo, amenudo fútil, nuestros ojos se llenan de lágrimas y nuestro corazón de sufrimientos.

8. No creáis por esto que los pueblos incultos aman ménos sinceramente y con ménos intensidad á sus mujeres que las naciones desarrolladas bajo la influencia de la civilización europea. No imaginéis tampoco que en esos pueblos que llevan el nombre de salvajes y de bárbaros se encuentra una afección ménos viva para los niños,

ni que la ternura de éstos para con sus padres sea menor. La misma mujer, sometida á una vida ruda y activa, inspira un profundo respeto y se hace á veces objeto de un verdadero culto. Los niños aman á su padre, á su madre, con ese amor que nosotros calificamos de veneración. Así, la vejez en los indios americanos se encuentra colocada al lado de los dioses tutelares.

En las naciones primitivas hay una afección que, en el fondo, en nada cede á lo que vemos alrededor de nosotros.

Y, sin embargo, el mayor número de las perturbaciones mentales sale de la familia europea.

9. Ahora bien, veamos en qué difiere la familia antigua de la del Nuevo Mundo.

En los hombres primitivos el amor conyugal, el amor materno, el amor filial, se halla reducido á la mayor simplicidad, está desprovisto de una multitud de episodios é inquietudes desconocidas para estos hombres.

En nuestra sociedad, la familia sólo puede sostenerse por los mayores sacrificios y creándose una multitud de necesidades.

El techo que cobija á la familia europea, la cama sobre la cual se acuestan sus individuos, los vestidos que llevan y que sirven para proteger su cuerpo tan impresionable, los alimentos de que hacen uso, sólo se adquieren á cambio de los más perseverantes y los más penosos esfuerzos.

Entre nosotros rara vez existe el amor para la mujer, el amor conyugal, el amor filial, el amor de la familia, en lo que tiene de más santo y más puro.

Es amenudo:

Un amor ideal ficticio que procede del espíritu y no del corazón, que penetra en el alma por la ternura, por la música, por el régimen alimenticio, por las bebidas alcohólicas, por el refinamiento de la coquetería, por la crapula, por un puñado de oro.

10. El hombre de nuestra civilización se halla sometido á estímulos que ignoran los hijos de la Naturaleza. Es evidente que los sentimientos inspirados por el amor del prójimo, han sabido tomar entre la raza blanca un desarrollo que en vano se buscaría entre los pueblos bárbaros.

Existe además una fuente de trastornos.

La enajenación, bajo este punto de vista, es la enfermedad de la humanidad, de la fraternidad; la interesa particularmente.

11. Puede decirse de esto, que lo que se llaman las costumbres de Europa, el estado social, el progreso, presenta condiciones que muchos hombres sólo sufren á costa de su salud moral. Pero en las tendencias civilizadoras no debe considerarse una sola causa, hay muchas, hay una multitud de agentes que tienden á aumentar simultáneamente la cifra de los hombres predispuestos á las enfermedades mentales.

Conviene tener en cuenta un sistema preconizado desde hace más de medio siglo en los pueblos de Europa.

Desde hace más de 80 años no se ha cesado de decir:

Dad al hombre una gran suma de libertad; la solución de esta tendencia se ha llamado la emancipación del género humano.

Y todos hemos creído en un resultado feliz.

Sin embargo, esta larga experiencia toca á su término; y ¿qué nos permite observar?

Los depósitos de mendicidad, los asilos llenos de pobres;

Las cárceles hacinadas de ladrones y asesinos;

Los establecimientos de enajenados llenos de pacientes de espíritu;

La mitad de las naciones armadas contra la otra mitad, ó con ejércitos numerosos para contenerse una á otra;

Empresas atrevidas;

Un desarrollo extraordinario del sentimiento de la personalidad;

Una gran debilidad del espíritu de familia.

12. Hay en la educación social actual grandes peligros para la moral.

Hay una gran suma de dolores;

Dolores en los hombres ávidos de honores;

Dolores en esa masa de hombres que abandonan la condición que les ha dado su nacimiento;

Dolores, sobre todo, en la clase obrera, consecuencia de la estancación de los negocios, resultado inevitable de un exceso de producción;

Dolores en los comerciantes;

Dolores en los industriales.

12. Los intereses sociales han dado siempre enajenados, pero los enajenados han ido en aumento á medida que los estímulos, las excitaciones de la moral se han hecho más numerosos y más intensos.

Por esto hay en el día más enajenados que en la Edad Media; hay menos en Rusia que en Inglaterra y en Francia, y este número es muy limitado entre los turcos y los árabes.

Puede consultarse para este estudio la Memoria de M. Briere de Boismont, sobre *l'influence de la civilisation sur le développement de la folie*.

Mis *Lettres médicales sur l'Italie*, contienen también datos sobre esta materia.

Morelli ha tratado de la locura en sus relaciones con algunos de los elementos de la civilización.

Girolani: *Sull' influenza della civiltà nell' aumento delle malattie mentali*.

— *Sul movimento degli alienati nell' ospizio de Pesaro*.

Parigot: *De la civilisation et de ses rapports avec la cause et le traitement de la folie en Europe*.

Daniel Take: *On civilisation as cause of mental disease*. — *Journ. of ment. science*, — Julio, 1858.

Foot: *Condition of the insane in Turkey*. — *Journ. of ment. science*, 1858.

Lenix: *Des causes de l'encombrement toujours croissant des asiles d'aliénés et des remèdes à y apporter*. — *Ann. de la société de médecine de Gand*, tomo XLIX, 1871.

Shearer: *Notes on the prevalence of insanity in China*. — *Journal of mental science*, 1875.

Lafeyta: *Folie paralytique. Mémoires des concours et autres de l'Académie de médecine de Belgique*, tomo I, en 3.^o, 1870.

Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique, 1873 y 1874. — *Discussion de la folie paralytique*.

James Coke: *On the causes of insanity and the means of checking its growth*. — *Journal of mental science*, 1873.

Lockhardt Robertson: *The alleged increase of insanity*. — *Journal of mental science*, 1870.



LECCION DÉCIMO NOVENA

(CONTINUACIÓN)

SEGUNDA PARTE

DE LA INFLUENCIA DE LAS POBLACIONES AGLOMERADAS
EN EL DESARROLLO DE LA ENAJENACION MENTAL

Vamos á tratar de una influencia poderosa, considerada como una causa determinante de las enfermedades mentales, y más aún como uno de los elementos que crean la predisposicion á estas afecciones.

Esta influencia es la de las ciudades comparada con la del campo. Segun los documentos depositados en el Ministerio de Justicia, el número de enajenados existentes actualmente en Bélgica es de 4.907, de los cuales 2.550 habitan en los establecimientos.

Con relacion á la poblacion general, que era en el año 1875 de 4.516.361, la cifra proporcional de enajenados en Bélgica es de 1 por 920 habitantes.

La suma de enajenados que suministran las poblaciones es mayor que la del campo. Esto puede comprobarse por las cifras oficiales.

Toda la poblacion urbana reunida de Bélgica da 1 enajenado por 476 habitantes. Toda la poblacion rural da 1 enajenado por 1.368 habitantes.

En las siete poblaciones principales de Bélgica, que son Bruselas, Gante, Anvers, Lieja, Bruges, Mons y Namur, para una po-

blacion de 550.064 almas, se cuentan 1.423 enajenados, ó sea un enajenado por 386 habitantes.

Pero la cifra proporcional más notable corresponde á Gante y á Bruges. En la primera hay 1 enajenado por 284 habitantes, y en la segunda 1 por 265 (1).

Lo que acabo de decirse se aplica á casi todas las localidades cuya poblacion se compone de habitantes de las villas y campesinos.

(De esta manera es como ha procedido el Sr. Renandín en el cálculo que ha hecho para el asilo de Maróville; segun esta autor la poblacion total del departamento de la Meurthe cuenta próximamente 1 enajenado por 1.468 habitantes, mientras que en este número la ciudad de Nancy figura en 1 enajenado por 500 habitantes. — Véase la *Noticia administrativa et médicale sur l'asile public d'aliénés de Maróville.*)

¿A qué causas debe atribuirse este resultado?

Estas causas son:

- la industria y el comercio,
- las costumbres y las instituciones,
- la educacion,
- la instruccion.

(1) He aquí las cifras sumariadas por el empadronamiento de 1868 (véase la *Relacion décima sobre la situacion de los establecimientos de enajenados del reino, Bruselas, 1872*).

Habia en Bélgica 8.710 enajenados, de los cuales 6.032 son tratados en los establecimientos y 2.608 residen con sus familias.

Relativamente á la poblacion general que era de 4.897.794 habitantes, habría, pues, un enajenado por 321 habitantes. Toda la poblacion urbana del país da un enajenado por 360 habitantes, mientras que la de los campos da un enajenado por 822. La diferencia no es, pues, tan considerable como en las cifras citadas más arriba. Esto consiste en que el empadronamiento ha sido más exacto. A medida que los enajenados del campo serán mejor conocidos, la diferencia en la proporcion entre enfermos de las poblaciones y de los campos desaparecerá.

La poblacion de las siete grandes ciudades reunidas es de 714.210 habitantes; el número de enajenados es de 2.034; hay, por consecuencia, un enajenado por 346 habitantes. Gante, donde los enajenados indigentes se prestan en grande escala, cuenta también el mayor número proporcional de enajenados: hay 1 por 197 habitantes. Despues viene Bruges, donde se encuentran igualmente vastos establecimientos y cuya capital hay un enajenado por 265 habitantes.

Dichas influencias obran de dos maneras: como poder que crea la predisposición, ó como causa directamente determinante.

Como favoreciendo el desenvolvimiento de las primeras, es más bien como merecen fijar nuestra atención.

A. — *Tendencias industriales.*

1. Las tendencias industriales han hecho nacer esas cuestiones candentes del derecho al trabajo, que han producido tan gran agitación en todos los países industriales.

Dujo este aspecto es cómo las influencias de la industria se presentan principalmente como causas que deben ayudar poderosamente al desenvolvimiento de las frenopatías.

Estas causas se encuentran:

En los medios de existencia de la clase obrera, en las especulaciones y los fraudes de los mismos industriales.

La industria y el comercio acarrear la prosperidad, lo mismo que producen la miseria.

Llevar consigo desastres, cuya consecuencia directa ó indirecta es muchas veces el suicidio ó una enfermedad mental.

2. Un principio cuya exactitud no puede ponerse en duda es que á medida que la comodidad se esparce en las masas, el hombre se hace de una naturaleza más delicada ó impresionable: soporta con menos facilidad las contradicciones.

La opulencia crea y nutre las pasiones, conduce al egoísmo y parece neutralizar una multitud de sentimientos generosos y expansivos.

El valor y los sacrificios personales son, muy frecuentemente, el patrimonio de las clases menesterosas; el amor propio y la ambición se deprimen por la necesidad de buscar apoyo en la benevolencia y el socorro de los ricos.

3. La sed de oro es lo que engendra la codicia.

Es el oro lo que se busca y se adora.

Los padres enseñan á sus hijos cómo amontonaron ellos el oro.

El hombre joven ve el oro en el estado que abraza, en la ciencia que cultiva, en la mujer que elige.

Los hombres políticos, los partidos, entreven el oro en el amor á la patria.

El oro, representado por los ascensos, es lo que expresa el militar con la palabra honor.

El industrial ve brillar el oro á través de las ruedas de sus máquinas.

El oro es también el que inspira al pintor, al arquitecto, el que alienta al obrero.

4. En este amor al oro estriba el origen de muchos males; él desenvuelve de una manera exagerada el sentimiento de la conservación y el temor á las impresiones dolorosas.

La influencia que este culto, nacido de las necesidades sociales, ejerce sobre la moralidad de los pueblos, sobre la estabilidad de las naciones, nos lo dicen Babilonia, Ninive, Cartago y Roma, y nos lo dirán algún día Londres y París.

5. Bajo este punto de vista no carece de interés estudiar al mendigo, al mendigo de raza, y no al proletario que lo es por accidente. El primero no está sujeto á la enajenación, el segundo está predisuesto á ella de una manera especial.

Yo apenas recibo mendigos en este establecimiento.
¿Por qué? Porque el mendigo no tiene cuidados, no tiene inquietudes; vive al día y no desea salir de su posición.

Las pasiones violentas están lejos de atormentarle.

No conoce la ternura.

Está al abrigo de toda influencia del lujo.

Ni es devoto ni libertino.

No lee ni escribe.

Su hogar doméstico no puede sufrir oscilaciones comerciales.

Las catástrofes industriales no llegan hasta él.

Los negocios públicos no pueden preocuparle.

La indiferencia, la apatía, la ausencia del miedo y del pavor, tales son los elementos dominantes de su constitución moral.

6. No es, pues, el proletario de nacimiento, el mendigo clásico el que se encuentra en nuestros hospitales de enajenados. Son las personas que pertenecen á la clase obrera, cuyo trabajo no alcanza á subvenir á las necesidades de la existencia; son las personas que, para procurarse un pedazo de pan, han vendido el modesto mobiliario que aún poseían; son los que, cuando llega el invierno con todos sus rigores, no tienen con qué vestirse ni con qué calentarse.

Tales miembros de la familia, que son débiles, extenuados, caen en el abatimiento. Tales otros, que están en la flor de la edad, se exaltan y se vuelven melancólicos ó maníacos.

Los últimos años nos han enseñado á conocer esas influencias

de la prosperidad ó del malestar industrial obrando sobre la clase obrera.

Nuestra estadística marca, hasta 1840, una débil mortalidad y una proporción normal entre los dementes admitidos. Pero desde este año data la agitación provocada por la cuestión aduanera; nuestras campiñas flamencas, cuya situación era ya tan precaria, se ha empobrecido más.

Las ciudades no han tardado en resentirse; de todas partes se han elevado gritos de angustia; una masa de indigentes han venido ha refugiarse á Gante.

Antes de la crisis, toda la Flandes contaba 1.000.300 habitantes; de este número 277.000 eran hiladores á mano y tejedores, aumentando á una población auxiliar de viejos y niños de 300.000 almas.

La cifra de la mortalidad de nuestros establecimientos se ve engrasar de una manera desmesurada. Antes de 1840 era de 0,97; desde este año ha ascendido á 0,10, y nuestros registros arrojan entre los ingresos una multitud de personas que han pasado de la primera mitad de la vida, todas atacadas de una conmoción moral, y cuyos rasgos acusaban todos los indicios de una especie de demencia senil.

Así es que, durante los dos últimos años, nuestros asilos de enajenados se han poblado en gran parte de dementes.

Estos años han sucedido á la crisis alimenticia. Antes se contaban en la Flandes oriental 26 indigentes por cada 100 habitantes, y en la Flandes occidental 36 indigentes por la misma cifra de habitantes. Desde 1828 el número de indigentes se ha hecho tres veces mayor; en todas partes se ven disminuir los casamientos, lo mismo que el número de nacidos. Hasta hubo una época, cuando la epidemia de tifus, en que los nacimientos eran muy inferiores en número á las defunciones. En siete años, el número de los condenados por delitos en las dos Flandes se triplicó; el de los condenados por la justicia se elevó al cuádruplo.

La cesación del trabajo de hilado á mano, la crisis alimenticia y el tifus, han sido para la moral un manantial de sufrimientos numerosos. Aquella época es memorable bajo el punto de vista de la historia del arte médico.

Es necesario, sin embargo, no considerar el pauperismo industrial como una causa que determina directamente la perturbación

de la moral. Lo más frecuentemente sólo obra predisponiendo al organismo, debilitándole corporalmente, excitándole, deprimiéndole mentalmente.

También sería poco racional ver siempre en ello una causa que ataca sólo al obrero; esta causa se refleja, se irradia. No es sólo el obrero de las fábricas el influenciado; muy al contrario, yo diría que vienen muy pocos de estos obreros á nuestros establecimientos. Pero esta influencia se hace sentir colateralmente; los sufrimientos repercuten sobre las clases laboriosas de la sociedad, sobre las poblaciones industriales. Aquí, en Gante, para 117 casos en que las causas son conocidas, en 61 las causas son sufrimientos que han atribulado á las diversas clases obreras.

La prosperidad puede también presentar un aspecto que se presta al estudio que ahora hacemos; también conduce al extravío intelectual.

Hé aquí lo que se publicó hace algun tiempo sobre la influencia de la civilización de las Américas, por el Dr. Butler, en su información vigésimacuarta sobre el asilo de Artfort (Connecticut). Extracto sus mismas palabras del artículo anónimo *Maladies mentales*, de la *Bibliothèque de Médecin pratique*. El autor americano, después de haber demostrado la poderosa influencia de la industria y del comercio, dice: «Sobre nuestras frentes se han grabado profundamente las huellas de todo género de inquietudes, y su influencia corrosiva no sólo ha privado al cerebro de su elasticidad, sino que en la mayor parte de los casos destruye también los mejores sentimientos del corazón. Estas influencias funestas pesan sobre esta sociedad más que en cualquiera otra parte del mundo. El aumento progresivo de la prosperidad nacional alimenta todas las malas pasiones y amenaza derribar los sentimientos más buenos y las más nobles simpatías en el abismo de la ambición y del lujo.»

B. — Costumbres.

Es importante examinar la cuestión referente á las costumbres, bajo el punto de vista de la depravación y del crimen.

1. Hay modificaciones en las costumbres que tienden á aumentar en todas partes la cifra de las enfermedades mentales; son mil y una sutilezas, mil y una minuciosidades que se refieren al abuso que hace el hombre de las sensaciones.

Quiero hablar:

del exceso en los placeres,
del refinamiento del goce,
de su multiplicidad,
del desarreglo,
del desarreglo caprichoso.

Sobre este punto hay un contraste sorprendente entre las costumbres de las ciudades y las del campo; la uniformidad del régimen entre los habitantes del campo, su sobriedad, su tendencia á la economía, deben preservarles en gran parte de las afecciones del sistema intelectual.

2. Es indudable que los hombres de vida desordenada presentan una disposición especial á estas enfermedades. Es incontestable que las mujeres públicas suministran cierto contingente á la cifra de los enajenados; esto nada tiene de sorprendente, cuando se reflexiona sobre la vida disoluta que llevan estas mujeres, excitadas continuamente por

— sus relaciones con los hombres,
— la embriaguez del placer,
— los arrebatos coléricos,
— las vigiliass,
— los disgustos,
— las bebidas embriagadoras,
— el uso de los mercúviales.

Estas causas se presentan, sobre todo, en las grandes ciudades, y si se encuentran en los habitantes del campo, es en aquellos cuya manera de vivir es un todo semejante á la de los habitantes de las ciudades.

3. No debe pensarse, sin embargo, que haya una relacion constante entre el vicio y la enajenacion mental, ó usando el mismo lenguaje de Helmoltz, que el pecado sea el origen del desorden intelectual. Sigun este célebre frenópata, consistiría en el hombre estar ó no enajenado.

Sería un error creer que los motivos que conducen á los malvados ante los tribunales se encuentran tambien en los enajenados. Y, sin embargo, esta opinion ha sido sostenida por hombres, los más distinguidos en verdad, pero totalmente extraños á los estudios médico-morales.

Un eminente hombre de Estado, el marqués de Barthélémy, decía en la Cámara de los Pares, en Francia, al discutirse la ley so-

bra los enajenados, que todos los autores se hallaban acordes sobre este punto; que las pasiones más bajas, más viles, son las que desenvuelven la enajenacion mental; que el número de los locos está en relacion en todos los países con el de los criminales, y que la locura se declara con más intensidad en la edad en que se manifiesta el crimen.

Os citaré tambien al P. Lacordaire, el cual, hablando en uno de sus sermones de las causas del extravío intelectual, creyó probar (me sirvo de sus palabras) que la locura, cuando no es el resultado de un accidente físico, no es más que un suicidio del alma, provocado con sobrada frecuencia por el orgullo.

Debo llamar vuestra atencion sobre esta tendencia, que es bastante general entre los hombres de mundo, entre los eclesiásticos y los hombres de Estado, y que consiste en encontrar el vicio y el crimen en el fondo de la mayor desgracia que puede afligir á la humanidad.

Yo establezco como principio, y apoyo mi opinion en el testimonio de los hombres más eminentes, que la enajenacion mental tiene un origen enteramente distinto; que nace, sobre todo, y se desenvuelve, no en las personas cuyas inclinaciones al vicio precipitan en las prisiones, sino en aquellas que se distinguen

— por la bondad de su carácter,
— la dulzura de sus costumbres,
— la adhesion á su familia,
— la regularidad de su conducta,
— su humildad,
— su timidez,
— su dignidad.

Esquirol ha escrito estas notables palabras, reproducidas por M. Foville:

«En ninguna parte, excepto en las novelas, he visto esposos más dignos de ser queridos, padres y madres más tiernos, amantes más apasionados, personas más afectas á sus deberes, que la mayoría de los enajenados que felizmente llegan á la convalecencia.»

«Las personas buenas y piadosas son las más frecuentemente atacadas de enajenacion mental,» ha dicho Jacobi.

Y en su libro sobre las prisiones y los presos, el Sr. Ferrus no vacila en afirmar que los malhechores casi todos están exentos de

esas luchas morales, sordas y devoradoras á que sucumbió la razón de las gentes honradas con sobrada frecuencia.»

Falta que las causas que arrastran al crimen sean las mismas que conducen al estado frenopático.

Se ha dicho con razón que el desarreglo y los excesos sensuales producen el desórden moral; pero esto no es cierto más que para una pequeña fracción de la suma total de los enajenados.

La predisposición al crimen se encuentra en las poblaciones desprovistas de instrucción, entre los aldeanos. El crimen germina entre las clases que no saben leer ni escribir; está en la proporción de 3 á 5, teniendo presente la carencia de instrucción.

En cuanto á la enajenación mental, crece en razón directa de la instrucción, de la educación, de la moralidad, de la religión. Esta enfermedad ocupa el polo opuesto al en que se apoyan las tendencias criminales.

4. Es verdad que la cifra de los enajenados es más elevada en las prisiones que en la población general; pero en las cárceles la enajenación se produce por causas especiales.

Se refiere en estos casos á la impresión del cautiverio, que obra sin cesar en su ánimo.

Á la depresión de las facultades, consecutiva á la monotonía que reina en la existencia del preso.

Al disgusto ocasionado por el alejamiento de su familia, al cambio sobrevenido en su régimen alimenticio, á los hábitos y á los motivos que arruinan su constitución.

Á la exasperación que producen en él la disciplina y el sentimiento de la dependencia. El preso está siempre bajo la influencia de un sentimiento penoso y muy frecuentemente de una viva irritación, relacionada con un carácter disimulado é impetuoso.

Falta añadir que todo lo que hiere al cariño que se tiene á los parientes ó á los amigos, puede conducir al estado morboso de la parte moral. Tal es, sobre todo, la suerte de los condenados políticos.

5. Desde hace algun tiempo se ha agitado una cuestión grave, á saber: si el encarcelamiento es una causa directa de enajenación mental, y si el sistema de aislamiento celular conduce con más frecuencia al desórden del espíritu que el encarcelamiento ordinario.

Se han citado ejemplos; se ha referido que en la penitenciaría de

Cherry-Hill, en Filadelfia, los casos de locura se producen en la proporción de 11 enajenados por 1.000 detenidos.

Por otra parte, se hace observar que el encarcelamiento se presenta en todos los casos como una causa de enajenación mental, y que es un error atribuir al encarcelamiento celular una importancia que no merece.

El Sr. Moreau Christophe ha sido el primero que ha fijado su atención sobre este punto.

El Sr. Lehut ha tratado de la influencia del encarcelamiento celular sobre la salud de los presos.

El Sr. Baillarger, en un primer trabajo, y más tarde en una nota sobre las causas de la frecuencia de la locura en los presos; se ha ocupado del exámen de esta misma cuestión.

El Sr. Bouchet, en una carta dirigida al Dr. Ferrus, inspector general de los establecimientos de enajenados y de las cárceles, ha referido á su vez hechos de completa actualidad.

El Sr. Ferrus acaba también de discutir ampliamente la cuestión de la enajenación mental en sus relaciones con los presos.

En 1845, la Real Academia de Medicina de Bélgica sacó á concurso la siguiente cuestión: «Indicar las medidas y las precauciones que deben tomarse para la conservación de la salud de los detenidos en los establecimientos penitenciarios sometidos al régimen de separación completa.» En los trabajos que se presentaron al concurso, se trató con todos sus detalles la cuestión de la influencia que ejerce sobre la parte moral el encarcelamiento celular. La Memoria del Sr. Chassinat y la de Diez, insertas en la colección de actas de la mencionada Corporación, merecen ser leídas por todos los que se ocupan de estos estudios.

Es necesario, rechazando las dos opiniones extremas, convenir en que no parece que la prisión celular completa suministre en realidad un número mucho mayor de enajenados que la detención en las prisiones ordinarias. Sin embargo, parece favorecer el desenvolvimiento de alucinaciones auditivas. ®

C. — Influencia de la educación.

1. En las aldeas, los caracteres de la infancia se conservan más largo tiempo. El aldeano muestra, donde quiera que se encuentre, una sencillez nativa. Los aldeanos son lo más frecuentemente niños grandes, casi como los indios, los americanos y los árabes.

Nuestros hijos, nuestros habitantes de las ciudades, son, por el contrario, hombres completos. Tienen todo el aspecto de la madurez; se les enseña á remedar á las personas ancianas. La fúcies de la infancia se pierde en los países civilizados.

Las niñas cantan romanzas.

Los niños fuman.

Ya no se habla á los niños el lenguaje de su edad.

Se apresuran á satisfacer sus caprichos.

Se les estima de elogios.

Se estimula de mil modos su amor propio.

¿Qué diferencia entre una jóven aldeana de 12 años y una señorita de la misma edad educada en las ciudades!

2. En el campo, el hombre permanece tambien más largo tiempo sometido á la autoridad paterna y á la disciplina religiosa.

En las ciudades se excitan los sentimientos y las pasiones por la lectura y por el cultivo de las bellas artes, cuando los órganos que deben manifestarlos apenas están empezando su desarrollo.

Se habla á la razón cuando todavía no hay en el hombre más que la memoria y la tendencia á la imitación.

3. ¿Coneceis cuánto deben sufrir esas pobres cabezas? ¿Sabéis por qué encontráis otras tan pequeñas y cráneos tan voluminosos en los niños de las ciudades, por qué su cuerpo es tan frágil, tan delicado, por qué tales criaturas os asombran por sus respuestas, por su prodigiosa memoria, por su conversacion? Es que, bajo la influencia de continuas excitaciones, se ha llamado la vida de todo el cuerpo al polo cerebral. Así se explica, en gran parte, esa diferencia de carácter entre el niño del campo y el de la ciudad.

4. Los niños de las aldeas están continuamente al aire libre, desarrollan sus músculos por el ejercicio y el movimiento; cuando mayores, no van en modo alguno á recibir impresiones en los espectáculos y en las reuniones musicales.

No reciben una instruccion literaria ó artística seria, sino en ese período de la vida en que el organismo ha adquirido ya cierto desarrollo.

Por lo demás, se está en un error al creer que una educacion sobrecitante es en realidad provechosa al niño; la precocidad, bajo este aspecto, provoca su ruina, aniquilando su organizacion. Se ha notado que, en general, las ciudades no producen tanto como las aldeas los géneos más sólidos.

5. Está probado que el estado frenopático aumenta en los pueblos civilizados en razon de la libertad que se concede. No está ménos demostrado que la libertad concedida á la infancia acarrea el mismo resultado, dando al sistema intelectual un estado de actividad que favorece las rápidas reacciones morales.

6. Antes se educaba á los niños con mayor espíritu de dependencia que ahora; se refrenaba más su voluntad y sus caprichos.

El hombre necesita de cierta disciplina; no se debe mimar demasiado su ternura, no debe excitarse sobradamente su dignidad. Es necesario limitar el imperio de su voluntad, impidiendo que se extravíe.

Sus impulsiones deben reprimirse sábiamente.

La aversion que los niños experimentan por toda disciplina indistintamente, no hace más que aumentar en todas ocusiones. Los hombres jóvenes y viejos, no quieren recibir órdenes; su voluntad son las pasiones. La relajacion que se observa en todas partes en las medidas coercitivas, la complacencia que se usa para con las masas exigentes, el éxito momentáneo de que son coronados los desbordamientos de las pasiones populares, producen en la moral una excitabilidad que hace que hoy día el hombre soporte ménos fácilmente la represion. Ya no se sufre la contradiccion, todo yugo impacienta el ánimo, ya no se reconoce el principio de autoridad.

Yo veo en esto un manantial fecundo de enfermedades mentales.

En su primera evolucion, el hombre tiene necesidad de habituarse á los contratiempos, á las adversidades, á una represion sábiamente dirigida.

Yo opino que no debo obtener siempre lo que su gusto y los caprichos de niño le hacen desear.

En la educacion del hombre es necesario algo que recuerde el orden y la disciplina militar.

7. Una impresionabilidad moral demasiado viva, una voluntad siempre pronta á manifestarse, pueden convertirse en causa poderosa de enfermedades mentales.

Encontrareis especialmente los enajenados entre los sujetos incapaces de soportar los disgustos.

La predisposicion á estas enfermedades la hallareis, sobre todo, entre los caracteres prontos á experimentar emociones, á asustarse.

Es necesario que el niño aprenda á sufrir las contrariedades, á resignarse en los reveses de la fortuna.

8. Desde temprano debe acostumbrarse á la contrariedad de los sentimientos y de las pasiones, como debe habituarse á la intemperie del aire.

La debilidad de carácter en la lucha contra los obstáculos, predispone á las enfermedades mentales.

El hombre debe esforzarse en alcanzar lo que los ingleses llaman el *self-government*, á su propio dominio.

Acostumbradle á que no se subleve, á que no tema, á que no se asuste, á que no se asombre, y le preservareis; entonces sabrá ser su propio director.

¿Sabéis lo que ha pasado en la cabeza de la mayor parte de los hombres que aquí veis?

Este obrero ha tenido miedo de quedarse sin trabajo y de ver á su familia sin pan.

Este otro sujeto ha visto á su padre inferir un golpe mortal á otro individuo, y se ha horrorizado, ha tenido miedo.

Aquel de más allá experimentó una viva emoción durante una sublevación popular; todavía tiene miedo.

Pues bien, dad al hombre una educación de indio, de árabe, de soldado, si me es permitido expresarme así; enseñadle á estar sereno cuando del peligro, de las borrascas de la vida, y le prestareis un eminente servicio. Los hombres reunidos en sociedad se inspiran miedo mutuamente; la parte moral sufre constantemente en ellos, mientras que el árabe, el salvaje, criados rudamente, desafián el peligro y lo afrontan sin miedo.

Hace algún tiempo, un norte americano, perfecto conocedor de los negocios administrativos de su país, el cónsul belga en Saint Louis, Sr. Hunt, me aseguraba que en la ciudad y el distrito que habita apenas se cuenta un reducido número de enajenados entre los norte-americanos de raza. La enfermedad ataca á los extranjeros, á los ingleses y alemanes. Dicho señor me decía, y tal es también la opinión de un médico de su país, que esta inmunidad estriba en el carácter del americano, que sabe resignarse, afrontar el peligro, en que, casi semejante al indio de los prados y los bosques, tiene el valor de la adversidad.

Este hecho, si es cierto, viene en apoyo de lo que acabo de decir respecto á la educación, que adolece de un exceso de blandura y condescendencia.

9. No obstante, no debe perderse aquí de vista que, si de un lado

la sociedad actual favorece el desarrollo de las perturbaciones del espíritu á consecuencia de la educación moral que no es bastante severa, por otra parte, un rigor excesivo, una disciplina sobrado estrecha, una intimación demasiado exagerada, conducen al mismo resultado, y esto es lo que es preciso evitar. Yo no pretendo, en verdad, que se intimide, que se embrutezca al hombre por una educación grosera, que se le tiranice, que se autorice á sus preceptores á usar procedimientos inhumanos; yo deseo que se inspire al hombre respeto hacia las cosas respetables y que se honre en el su condición de hombre; yo quiero que se le eduque en los límites prescritos por la sabiduría. Un excesivo rigor, lo mismo que una extremada tolerancia, favorece la producción de las enfermedades mentales.

D.—Instrucción.

La vieja Europa se va, y las costumbres de nuestros padres casi no se encuentran ya en las generaciones actuales.

La instrucción se generaliza entre las masas.

La afición á las ciencias se propaga en todas las clases.

El cultivo de las bellas artes adquiere una extensión notable.

Lo que nosotros llamamos ilustración, esas mil condiciones que tienden á elevar la dignidad del hombre, que aumentan la suma de su felicidad y multiplican frecuentemente los recursos de su existencia, son también excitantes que en muchas circunstancias provocan una actividad febril de la moral, que producen inequidades, que fomentan el amor propio, que aumentan la impresionabilidad del hombre y contribuyen de esta manera á predisponerle á las enfermedades morales.

Es, á mi modo de ver, una verdad indiscutible que el descubrimiento de la imprenta ha ejercido una influencia poderosa en la multiplicación de estas afecciones. La letra impresa origina emociones, temores é inquietudes. La prensa suscita en las naciones deseos y cóleras, que las inflama con la rabia de destrucción, que siembra el descontento, que vierten en el corazón el veneno de la envidia y del odio. Cuanto más se extendiera la instrucción intelectual en las masas, más aumentará la predisposición á las enfermedades morales, en el sentido de que los escritos, sobre todo los que provocan las reformas sociales, favorecen el desenvolvimiento de todo género de pasiones.

Léjos de mí la idea de pretender que los hombres que se dedican á la instruccion, que los que se ocupan de trabajos literarios y científicos, sean atacados más frecuentemente que los otros. Lo que yo quiero significar es que la instruccion que se propaga sin discernimiento entre el pueblo, que los esfuerzos que se hacen para dar un gran desenvolvimiento á todas las inteligencias, es un mal, un excitante que predispone al hombre á las exageraciones, á las excentricidades, á los desórdenes de la parte moral. Yo estoy léjos de creer que el hábito al estudio, cuando marcha de concierto con una vida tranquila y con medios de existencia, sea contrario á la conservación de la salud moral.

En algunas circunstancias, excepcionales en verdad, los estudios continuados pueden convertirse en origen de un desórden intelectual. El Dr. Parchappe ha publicado un cuadro en el cual los estudios excesivos, el trabajo intelectual, la lectura, están expresados por una cifra de 4 por 474 observaciones. Esquirol, entre 472 casos vió 19 en que los estudios excesivos produjeron la enajenacion mental. Esta cifra es de consideracion, y nunca he visto su equivalente en las localidades que habito. Yo no recuerdo haber encontrado en todo el curso de mi carrera 30 casos bien comprobados de frenopatías sobrevenidas directamente á consecuencia de excesivas preocupaciones intelectuales.

Cuando he podido reconocer esta influencia, casi siempre ha sido en la juventud estudianta, en los estudiantes de nuestras Universidades, y sobre todo hácia la época en que tenían que sufrir los exámenes para obtener sus grados.

El tribunal de examen ha causado algunas veces emociones cuyas consecuencias han sido deplorables.

Al lado de esto podemos colocar la lectura de novelas, de obras frívolas, que principian por producir excentricidades de carácter y acaban por engendrar enfermedades mentales. Esta causa, sin ser aquí muy frecuente, se presenta no obstante de tiempo en tiempo. Sin determinar la enajenacion de una manera directa, ayuda frecuentemente á la predisposicion á estas enfermedades.

He aquí cómo se presenta en nuestros establecimientos de Gante la instruccion relativamente á la enajenacion mental:

	Hombres	Mujeres
Sabiendo leer y escribir	0,70	0,40
Sabiendo leer solamente	5	0,19
No sabiendo ni leer ni escribir	0,30	0,41

El cultivo de las bellas artes hace tambien victimas, y yo sostengo que su influencia es más peligrosa en los sujetos del sexo femenino. Siempre he encontrado en las mujeres que se dedican á la pintura y á la música mayor disposicion á las afecciones nerviosas, y por consecuencia á las enfermedades mentales, sobre todo cuando los disgustos ó las contrariedades venian á producir en su excitabilidad nerviosa un aumento de accion y de reaccion.

TERCERA PARTE

CAUSAS ESPECIALES

Influencias morales individuales.

Procedamos ahora al exámen de los resultados consignados en los registros históricos de nuestros establecimientos.

Este exámen nos permitirá conocer más directamente las causas de las afecciones mentales y la progresion de la frecuencia con que se presentan, en los enfermos admitidos durante el año 1840, en las dos secciones de hombres y de mujeres de nuestros establecimientos de Gante.

Los datos han sido recogidos por mí. Al efecto me he puesto en relacion con las familias de los enfermos; no necesito decirlos que estas investigaciones se hacen con los más minuciosos cuidados.

1. El número de nuestros admitidos se elevó, durante el año 1840, á la cifra de 114; no comprendo en esta cifra á los enajenados llamados pensionistas, recibidos en los establecimientos especiales.

Ahora bien, 75 veces la enfermedad ha sido el resultado de cau-

sas funcionales frénicas, morales, psíquicas, como queráis llamarlas.

Entre 100 admisiones, 66 causas morales. Esta cifra corresponde á la que ha obtenido el Sr. Parchappe, 671 por 1.000; á la del Dr. Hare, que últimamente ha evaluado la cifra de las causas morales en un 66 por 100.

2. Han surgido discusiones muy animadas relativamente á la cuestión de saber si son las causas psíquicas ó morales las que superan en las enfermedades mentales sobre las causas físicas, ó si debe concederse á estas últimas mayor importancia que á las primeras.

Nuestras estadísticas prueban que las causas funcionales del cerebro son las que producen mayor número de enajenaciones.

(Que el predominio de las causas morales sobre las causas físicas en la generación de la locura es una verdad adquirida en la ciencia, dice M. Parchappe, lo enseñó la observación á los antiguos y lo que los estudios estadísticos han demostrado á los modernos, según Pinel, Héberdard, Esquirol, Georget, M.M. Voisin, Falret, Revolat, Guislain, Brièrre de Boismont, Aubanel, Thore, Brette, etc.)

Para llegar al conocimiento exacto de lo que se llaman causas morales, es necesario excluir del cuadro los idiotas, los imbeciles, los delirios que simulan la enajenación, la mayor parte de los delirios que se manifiestan en la convalecencia de las enfermedades agudas, en las afecciones histéricas; la epilepsia, como lo hace notar un escritor francés cuyo nombre no recuerdo en este momento, debe colocarse casi siempre entre las causas morales más bien que en la clase de causas físicas.

3. De los 38 casos de causas que llamaremos físicas, se cuentan:

Seis casos sin indicación de causas;

Diez y ocho que comprenden la embriaguez, el tífus, el cólera, la miseria, la licantía, el parto;

Catorce casos de idiotismo, imbecilidad, vejez, pérdidas seminales, epilepsia, á la cual clasifiqué aquí, para conformarme con los usos, entre las causas físicas.

Me he limitado al examen del mencionado año, que expresa un resultado perfectamente conocido y aun reciente.

No he querido consultar más que los hechos anotados en mis propios registros, y he preferido limitar mis observaciones á la ciudad y á la provincia que habitamos que acumular una masa de ci-

fras recogidas en las Memorias publicadas, y cuya autenticidad es más ó menos dudosa.

Se ha criticado mucho la estadística y las dudas á que da origen; se ha dicho, no sin razón, que si bien es verdad bajo el punto de vista de los resultados, el método numérico es frecuentemente falso respecto á los datos suministrados y á las bases de donde se parte. Por esta razón es por la que, limitándome á los simples antecedentes cuya veracidad he podido comprobar, no creo comprometerme en un camino de errores é inexactitudes.

CAUSAS INDIRENTES Á LA FAMILIA. — DISGUSTOS

1. Entre los informes que yo obtengo de las familias de mis enfermos, casi siempre compruebo los mismos hechos. Muy a menudo podría en cierto modo adelantar cuál ha de ser la respuesta que se me daría.

2. Los disgustos forman el grupo más numeroso entre las desdichas, de donde se originan las enfermedades mentales. Todos los días tengo ocasión de ver justificado lo que ha dicho Esquirol de los disgustos domésticos, considerados por este autor como uno de los mantamientos más fecundos de estas afecciones.

Así, contamos entre 76 causas morales durante el año mencionado, 27 veces los disgustos habidos en la familia, ó sea un 0,33 por 100.

No perdáis de vista esta causa, porque es extremadamente importante el reconocerla.

En las afecciones de la familia, en las contrariedades y en los disgustos que las acompañan tan frecuentemente, es donde se encuentra la mayor suma de causas de enfermedades mentales. Casi en todas las páginas de nuestros registros encuentro inscritos ataques dirigidos á la paz y ventura y á la existencia de las familias.

Ya es una buena y excelente mujer que está expuesta á los malos tratamientos de un marido brutal y pródigo.

Ya es un marido que sufre los desórdenes de su mujer.

Ya es un padre disipador que sume á su familia en la miseria.

Ya es la penuria en los recursos de una familia.

Ya es un empleado, miembro de la familia, que ha quedado cesante.

Ya el disgusto causado por la desgracia que ha sufrido un hermano.

Ya la falta de ascenso en el empleo que desempeña.

Ya una pérdida de dinero.

Ya la falta de trabajo, la miseria en un obrero que tiene una numerosa familia á quien alimentar.

Ya una mujer cuyo marido falleció, ó ya también porque algun acreedor ha hecho encarcelar á su marido por deudas.

Ya un hijo perseguido por cuestiones políticas.

Ya un padre de familia que ha visto su honor comprometido.

Ya una mujer celosa cuya pasión la ha enajenado.

Ya una madre de familia que ha visto llevar á la cárcel á su marido, único sosten de la familia.

Ya la separación entre dos esposos.

Ya la mala conducta de un hijo ó de una hija.

Ya una ruptura entre hermanos y hermanas.

Las heridas inferidas á las afecciones se presentan en el orden de las causas morales en la proporción de 1 á 5.

Los contratiempos, los reverses de fortuna, sobre todo la carencia de dinero, la falta de medios de existencia, marcan un 0,85 en el cuadro de nuestras causas morales.

3. Estas causas apenas aparecen como unidades aisladas; casi siempre se presentan asociadas á otras perturbaciones poderosas. Es raro, por lo demás, que una sola y única causa produzca el desorden intelectual. Generalmente se observa el encadenamiento de diversos factores. Por esta razón es por lo que en muchos casos es difícil decir si la enajenación se refiere mas bien á tal causa moral que á tal causa física; vemos frecuentemente, en efecto, causas morales y causas físicas obrando simultáneamente. Por otra parte, esta división de causas en morales y físicas me parece muy poco fundada; parece como si se quisiera excluir el cerebro; se habla de la parte moral como si sus manifestaciones fueran independientes de su instrumento físico. El cuerpo es uno, y es imposible separar la vida de los órganos, como es imposible estudiar los actos del alma sin hacer intervenir al cerebro, por lo menos cuando se trata de las enfermedades del sistema intelectual.

Estas causas se manifiestan bajo la influencia de las más variadas circunstancias. Los matices varían hasta el infinito. No obstante, fuera de la familia se presentan en proporción muy exigua.

Impresiones morales vivas: miedo y pavor.

Entre los 76 casos indicados, he encontrado nueve veces las impresiones morales vivas, el miedo exagerado, el pavor, ó sea un 12 por 100.

1. El sobrecogimiento constituye una causa importante en la historia de las frenopatías. Es tanto más poderosa cuanto mayor es la suma de receptividad moral de que está dotado el sujeto.

2. El pavor, el miedo exagerado, produciendo las enfermedades mentales, van ordinariamente seguidos de un gran desorden de todas las facultades intelectuales, y algunas veces de convulsiones histéricas ó epileptiformes.

3. El miedo y el pavor pueden ser determinados por una infinidad de situaciones:

a) En mi libro de observaciones está anotado un caso en que el pavor determinó en una ocasión la enajenación mental en un aldeano, á la vista de su quinta incendiada y de su hermana pereciendo en las llamas.

b) Otra vez el encarcelamiento de un hermano provocó el mismo resultado.

c) Las riñas y los combates inspiran frecuentemente espanto á los espectadores de estas escenas. Las convulsiones políticas, los hechos militares, los grandes desastres, las grandes desgracias, arrastran también á la enajenación mental. Nuestra revolución de 1830 dió lugar á un número considerable de aberraciones mentales ocasionadas por el miedo.

d) En la primera epidemia de cólera, y durante la última, se han podido observar muchos casos de enajenaciones originadas por el pánico que inspiraba esta enfermedad. Durante el año que acaba de finalizar, hemos recibido en este establecimiento tres sujetos que se volvieron locos durante la convalecencia del cólera. En uno de dichos pacientes está probado que debe atribuirse la enfermedad mental al miedo.

Causas religiosas.

En cuatro casos existentes en estos establecimientos, el miedo inspirado en el confesionario, y en uno un vivo temor experimentado durante un sermón, determinaron melancolías religiosas.

Desde hace algun tiempo las iglesias son más frecuentadas que antes; hay, realmente, más devoción entre el pueblo despues de

nuestras grandes calamidades públicas, y los casos de enajenación mental religiosa son también más numerosos. Entre un série de 76 casos morales, ha encontrado ocho veces la influencia religiosa, ó sea 10 por 100.

Entre 115 admisiones que hubo en 1849, he encontrado 13 veces la expresión religiosa, ó sea 11 por 100.

Antes de los años de 1847, 1848 y 1849, la forma religiosa estaba solamente en la proporción de 1 por 100 respecto á las admisiones.

Bertolini ha observado en Turin, entre 64 casos, 12 veces los temores religiosos, ó sea un 20 por 100.

Las enajenaciones religiosas me han parecido más frecuentes en las solteras jóvenes que en los varones jóvenes, y más frecuentes también en las primeras que en las mujeres casadas.

Se las encuentra principalmente en las mujeres que se postran muy a menudo ante el tribunal de la penitencia.

En las que asisten mucho á los sermones. Bertolini, en Turin, ha encontrado, entre 65 casos, cuatro veces la influencia de las predicaciones.

En las que visitan con frecuencia las comunidades religiosas.

En las que cambian continuamente de director espiritual.

En los hombres, las causas religiosas no marcan más que un 1 por 100.

Lo que conduce más a menudo á estas enajenaciones, son:

los remordimientos de la conciencia;

los escrúpulos;

los pecados imaginarios;

los temores continuos.

Lo que favorece esta situación es:

la inexpencia del confesor;

los temores inspirados por las predicaciones.

Las fiestas religiosas, tales como los jubileos, las misiones, sobre todo en las aldeas, ejercen una poderosa influencia sobre los hombres impresionables.

sobre las personas jóvenes,

sobre los sujetos predispuestos,

sobre los que ya han estado atacados de la misma enfermedad,

sobre los que están sujetos á enfermedades nerviosas.

Una educación en la cual se ha concedido una parte excesiva á las ideas religiosas, puede llenar el espíritu de terrores y predisponer á la demonofobia.

Los preceptos del Evangelio parten del corazón y van rectos al corazón; todo lo que respecta al culto fomenta y desarrolla una exquisita ternura, una exuberancia de sentimientos muy especial, enteramente abstracta, expresados por el amor á Dios y el amor al prójimo.

Pues bien; en estos sentimientos, llevados á cierto grado de exaltación, se encuentra un manantial de extravíos, y, no necesito decirlo, el cristiano está más expuesto que el afiliado á las demás religiones. Pero es de notar que dos situaciones diferentes pueden en este caso conducir á la enajenación mental:

El miedo y el pavor.

El entusiasmo y la devoción.

2. ¿Se produce más frecuentemente la enajenación en los clérigos que en las otras personas? Aunque yo no tengo sobre este punto ningún dato preciso, pienso que esta enfermedad no se presenta con más frecuencia en los sacerdotes que en los habitantes de las ciudades.

No sucede lo mismo con las comunidades religiosas, las cuales suministran una cifra de enajenados más elevada que la población general. Así, el Gran Beaterio de Gante contiene cerca de 650 religiosas, y entre este número se cuentan en este momento 12 enajenadas; resulta, pues, que hay, en vez de 1 enajenado por 302 habitantes que se observan entre la población de Gante, 6 enajenadas por 323 beatas, lo cual prueba bastante una gran predisposición á estas enfermedades. Respecto á las Hermanas de la Caridad de Bélgica, que en la actualidad vienen á ser unas 500 religiosas, calculo que la cifra proporcional de enajenadas es de 1 por 250. En los Hermanos de la Caridad esta cifra es menor y se aproxima más á la que se observa en las ciudades. Puede, pues, consignarse que el sexo femenino está singularmente predisuesto á las afeciones de que se trata.

¿Cuál es el rasgo distintivo de estas influencias? Es que dichas influencias no producen frecuentemente las frenopatías religiosas entre los ministros del culto. La enajenación de este nombre está lejos de ser más frecuente entre los miembros del clero ó los habitantes de los conventos que entre los laicos; y yo casi tengo la inti-

ma convicción de que las enajenaciones religiosas son más numerosas en estos últimos que en los eclesiásticos.

3. En los países esencialmente religiosos, la Turquía, por ejemplo, donde la única lectura es el Alcorán, donde la inteligencia no se ilustra por la instrucción que proporcionan los libros, la religión es casi la única causa que engendra el desorden.

En los países, como Italia, donde las ideas y las prácticas de la religión se encuentran mezcladas con casi todos los actos de la vida, las enajenaciones de este nombre son más frecuentes que en los países en que esta causa obra con menos energía. Así, yo he podido cerciarme de que Italia suministra más frenopatías religiosas que Bélgica, y es más que Francia.

Cólera, odio, celos.

En los cuadros de este año no se hace mención de estas causas. No obstante, de tiempo en tiempo he recibido enajenados cuya enfermedad es debida á una ú otra de estas causas. Pero, lo repito, entre las pasiones, la cólera, el odio y los celos se presentan con menos frecuencia. Sobre 50 causas morales quizás se encuentre una vez la cólera; sobre 100 casos una vez quizás los celos; el odio es aún mucho más raro.

Pasiones agradables.

1. El amor puede convertirse en causa de enajenación mental. Pero es más bien el disgusto que ocasiona un amor contrariado lo que debe considerarse lo más frecuentemente como el punto de partida de esta enfermedad. Ora un matrimonio impuesto; ora las perplejidades de una soltera que es solicitada en matrimonio cuando estaba á punto de abrazar la vida religiosa.

Es un amor oculto que aún no ha sido aprobado por los parientes. Es un casamiento al cual se oponen los padres ó deudos.

Es una separación violenta entre dos personas que se aman.

Es el disgusto que produce un embarazo en una soltera seducida.

Es el pesar de una persona abandonada por su amante.

Es un estado de duda é incertidumbre en una jóven cortejada á la vez por dos pretendientes á su mano.

2. Un amor excesivo ha producido algunas veces la enajenación mental, sobre todo en los casos en que los padres se habían opues-

to durante mucho tiempo al casamiento de su hijo ó de su hija, y despues, de una manera más ó ménos inesperada, habían acabado por prestar su asentimiento tantas veces rehusado.

3. Algunas veces se ha visto que el matrimonio provoca el desorden intelectual, sobre todo cuando ya había predisposición y cuando ha sido acompañado de circunstancias especiales y penosas. Ha sido confiado á mi dirección un hombre de edad avanzada que, unido á una mujer jóven, se encontraba en esa situación humillante que excluye toda facultad procreadora; como consecuencia de esto se extravió su inteligencia.

4. En la série de entradas ocurridas en el año que acaba de transcurrir, no encontrareis ni una sola vez la indicación de una pasión apacible.

Esquirol ha hecho observar que no se ve frecuentemente la enajenación mental engendrada por el gozo. Esta causa no se observa, con efecto, sino en muy raras ocasiones. Así, por ejemplo, en la víspera de su casamiento una jóven se volvió loca de alegría ante la idea de unirse tan pronto con el hombre á quien amaba hacia muchos años.

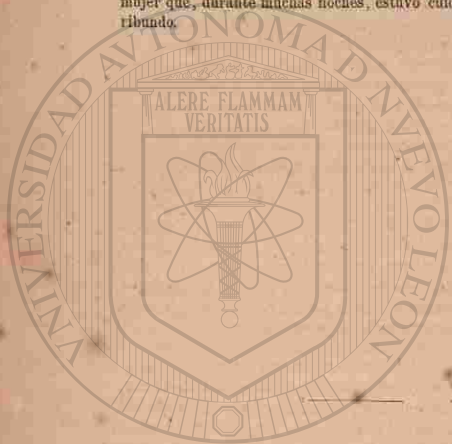
Un dia quedé sorprendido al ir á visitar á una señorita que el día de sus bodas fué atacada de manía. Toda la familia lo atribuyó á un exceso de amor, mientras que yo pude comprender que su enfermedad no era ocasionada más que por el dolor que experimentaba al verse esposa de un hombre por el cual no sentía ningún afecto.

Vigilias.

Las vigilias influyen de una manera desastrosa sobre la moral del hombre. Por una parte enervan de una manera desmedida; por otra tienden á congestionar el sistema cerebral.

Yo poseo en mis colecciones diferentes hechos que prueban la parte que con frecuencia tienen las vigilias prolongadas en el desenvolvimiento de las enfermedades mentales. He podido convencerme que, cuando una causa de esta naturaleza engendra la enajenación, va casi siempre acompañada de otras influencias morales, sobre todo de una profunda inquietud, de una viva ansiedad ó de un extremado terror. El estado frenopático se manifestó de esta manera en una vieja sirvienta, que estuvo sin dormir durante ocho noches

consecutivas cerca de su amo; en un hombre que veló diez días y diez noches á un amigo suyo atacado de tífus; en una soltera que no se separaba de la cabecera de la cama de su madre enferma; en una mujer que, durante muchas noches, estuvo cuidando á su hijo moribundo.



LECCION VIGÉSIMA

(CONTINUACION)

CUARTA PARTE

En la última lección os he hablado de todos los modificadores que se tiene la costumbre de llamar causas morales. Voy ahora á ocuparme de las causas físicas propiamente dichas.

Abuso de las bebidas fermentadas y alcohólicas.

1. En el curso del año 1849 se observó en este establecimiento ocho veces, como causa de enajenacion mental, el uso immoderado de la bebida. Es de notar que no sólo en el mencionado año se observó este resultado, sino que sucedió otro tanto en los años anteriores (1).

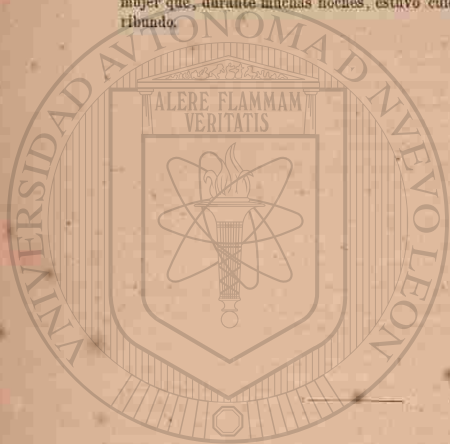
Si los comparamos con las evaluaciones numéricas que se han hecho en otros países, debemos concluir que Flandes, apesar de la extrema baratura del precio á que se vende la ginebra, no presenta, sin embargo, un gran número de enajenaciones originadas por la embriaguez.

Así, en un cuadro formado por el Dr. Parchappe, esta causa se encuentra en Rouen 28 veces por 100 casos de enajenacion.

En el manicomio de Turin, M. Bonacossa ha observado 73 ve-

(1) Estas cifras no han variado mucho despues. Así, en 1876, entre 420 enfermos, pudo contar 14 veces el alcohol como causa de la manía.

consecutivas cerca de su amo; en un hombre que veló diez días y diez noches á un amigo suyo atacado de tífus; en una soltera que no se separaba de la cabecera de la cama de su madre enferma; en una mujer que, durante muchas noches, estuvo cuidando á su hijo moribundo.



LECCION VIGÉSIMA

(CONTINUACION)

CUARTA PARTE

En la última lección os he hablado de todos los modificadores que se tiene la costumbre de llamar causas morales. Voy ahora á ocuparme de las causas físicas propiamente dichas.

Abuso de las bebidas fermentadas y alcohólicas.

1. En el curso del año 1849 se observó en este establecimiento ocho veces, como causa de enajenacion mental, el uso immoderado de la bebida. Es de notar que no sólo en el mencionado año se observó este resultado, sino que sucedió otro tanto en los años anteriores (1).

Si los comparamos con las evaluaciones numéricas que se han hecho en otros países, debemos concluir que Flandes, apesar de la extrema baratura del precio á que se vende la ginebra, no presenta, sin embargo, un gran número de enajenaciones originadas por la embriaguez.

Así, en un cuadro formado por el Dr. Parchappe, esta causa se encuentra en Rouen 28 veces por 100 casos de enajenacion.

En el manicomio de Turin, M. Bonacossa ha observado 73 ve-

(1) Estas cifras no han variado mucho despues. Así, en 1876, entre 420 enfermos, pudo contar 14 veces el alcohol como causa de la manía.

ces el abuso de bebidas entre 393 hombres enajenados, ó sea un 18 por 100, mientras que en las mujeres, entre 253 casos, no han pasado de tres.

2. En América, esta causa es de una importancia extrema. Entre 781 casos observados en diferentes establecimientos, 392 eran debidos á la embriaguez.

En Holanda, entre 100 aduisiones, la embriaguez se presenta 11 veces en los hombres y una vez en las mujeres. Sin embargo, en Dordrecht, el Dr. Rochl. había observado que un tercio de los hombres admitidos en su establecimiento habían contraído la enfermedad á consecuencia del abuso de los alcohólicos.

El Dr. Millingen órde haber observado en Inglaterra que el exceso cometido en las bebidas fuertes obra particularmente en los hombres que han experimentado quebrantos en sus intereses. Hace notar el referido doctor que la propension al uso imoderado de las bebidas es más frecuentemente de lo que se cree el resultado de una moral predispuesta ó ya atacada por la enfermedad.

3. Esta causa no obra, pues, en todas partes con la misma intensidad. Es necesario admitir que se encuentra con tanta más frecuencia cuanto mayor es la prosperidad de un pueblo y cuanto menos adelantada está su educación moral. Tal país, más que tal otro, se distinguirá, pues, por las enajenaciones mentales provocadas por el abuso de las bebidas alcohólicas, y bajo este concepto debo citar, sobre todo, las costas marítimas y ciertos puertos de mar. Las bebidas que producen efectos más deletéreos son las destiladas, y entre ellas el licor de ajenjos. La cerveza y el vino son menos peligrosos.

4. Los excesos en las bebidas pueden engendrar casi todos los géneros de enfermedades mentales. Hay, sin embargo, una forma frenopática que la determina con más frecuencia que otras: es la parálisis general.

Notad, no obstante, que ésta no sobreviene ordinariamente sino cuando los disgustos ó los trabajos intelectuales fatigosos se unen al uso imoderado de la bebida. Esta causa se complica frecuentemente con excesos sensuales de todas clases, con excesos en la comida y con abusos sexuales.

En los cuadros etiológicos de la parálisis general, los excesos sensuales ofrecen la proporción de un 50 por 100.

QUINTA PARTE

CAUSAS DEBILITANTES

Pueden clasificarse entre las causas debilitantes que favorecen el desenvolvimiento de las enfermedades mentales:

- I. La miseria, el ayuno, la abstinencia de alimentos.
 - II. El marasmo.
 - III. La lactancia prolongada.
 - IV. El renunciar repentinamente á las bebidas, sobre todo cuando se hacia habitualmente un consumo excesivo de ellas.
 - V. Las excitaciones frecuentes determinando pérdidas espermatícas.
- A. 1.—La falta absoluta de alimentos es en más de una ocasion registrada en nuestros libros como causa de enfermedad mental.

Entre los 114 casos indicados, he encontrado la miseria 15 veces.

Los años que acabamos de atravesar han sido, pues, para nosotros de una útil enseñanza. La carestía de víveres causada por la enfermedad de las patatas, y el tífus, que se desarrolló al mismo tiempo, han hecho estragos entre nosotros, de los cuales conservaremos recuerdo por largo tiempo. Hemos visto surgir toda una serie de afecciones que no era habitual encontrar en estas provincias.

La enajenacion mental, que ha figurado en nuestros cuadros estadísticos en una cifra más elevada que de costumbre, ha sido en parte el resultado de causas directamente debilitantes, y en parte se ha atribuido á la ansiedad, al miedo, al terror que experimentaban nuestras poblaciones viendo disminuir sus medios de existencia. ®

2.—Es una verdad sobradamente demostrada que la severidad de un régimen alimenticio, que el ayuno y la abstinencia ejercen sobre la moral, sobre el pensamiento sobre todo, una influencia muy grande.

Los niños que maman de una nodriza cuya leche no es bastante nutritiva, lloran continuamente. La privacion de un alimento

sustancioso predispone á la tristeza, á las ideas sombrías. Un estómago vacío exalta el dominio de la imaginación; el ayuno ha sido recomendado con el objeto de elevar el poder de la imaginación, de la *fantasía*. En las personas debilitadas por la edad, un régimen poco nutritivo provoca un abatimiento melancólico, ocasiona visiones ó el delirio marcado por la idea de un infortunio futuro. Las mujeres cuya menstruación es excesiva, están tristes y lloran con frecuencia. Los hombres extenuados por el abuso del coito, están taciturnos y melancólicos.

Frecuentemente se ve en los enajenados que se nutren demasiado poco una exaltación singular en las ideas, que viene á desaparecer desde el momento en que se les somete á un régimen más reparador.

3. La debilidad debe considerarse bajo dos aspectos: como un agente que origina una predisposición á las enfermedades mentales, y como causa que determina directamente estas afecciones.

Considerada como predisposición, obra algunas veces desde mucho antes y se enlaza en su acción á otras causas.

El hecho siguiente os permitirá juzgar de la influencia de las causas debilitantes, especialmente de la falta de alimentación.

Ved á esta mujer: tiene 30 años; entró en este establecimiento atacada de una melancolía sin delirio. No había niuguna aberración en sus ideas; tan verdad es esto, que ella misma me manifestó el origen de su mal y sus palabras me fueron confirmadas por el testimonio de su marido.

«Hace un año, me dijo, fui atacada de la enfermedad reinante (el tífus); hacía cuatro meses que había parido y lactaba á mi hijo. Antes de meterme en la cama, había sentido que mis fuerzas se debilitaban, y la opinión del médico que me había asistido el parto era que no podría continuar lactando á mi hijo. Yo pasé, pues, una grave enfermedad; después de algún tiempo yo volví á la vida, por decirlo así, pero quedé en una extremada postración y en una disposición á sudar considerablemente.

«Experimenté un profundo abatimiento moral, que ya no me abandonó; yo no tuve ya valor. El solo medio de detener los sudores era tomar alimentos fuertes; yo comía, y comía mucho. Pasé cuatro meses en este estado. Mi hijo cayó enfermo y murió al cabo de algunos días. Esta muerte determinó en mí una opresión de corazón, un dolor que no me deja una hora de sueño.

«Entretanto mi debilidad se aumentó; yo sentía siempre la necesidad de nutrirme fuertemente para detener los sudores.

«Todos los ahorros realizados por mi marido y por mí, fueron gastados en procurarme una alimentación sustanciosa; nos llenamos de deudas, nos vimos obligados á dejar la pequeña casa que habitábamos y tomamos una bohardilla.

«Este fue mi último golpe. Mi cabeza se perturbó, mi marido no pudo ya proporcionarme lo que mi constitución debilitada exigía; cesé de hablar y caí en el estado en que me veis.»

B. 4. — En otras ocasiones se encuentra la enajenación como síntoma del marasmo. Así es que en los tísicos, en los hombres atacados de infarto abdominal, se desenvuelve una perturbación intelectual, que se traduce por alucinaciones, por impulsiones, y por los gestos más extravagantes.

C. 5. — La lactancia prolongada produce algunas veces en la mujer una debilidad extrema, que acaba por determinar el desorden más completo de la inteligencia.

D. A esta clase pertenecen también los casos de personas entregadas al uso desordenado de licores espirituosos. Aquí es necesario considerar:

O la ingestión habitual de una gran cantidad de licores alcohólicos ó de bebidas fermentadas, ó bien la privación de estos agentes en las personas que están acostumbradas á hacer de ellos un consumo exagerado. Esta última causa puede conducir á la debilidad más pronunciada y dar origen al desorden más grave de las funciones intelectuales.

E. Emisiones espermáticas.

1. Una de las causas sobre cuya existencia es difícil recoger antecedentes precisos, es la masturbación.

Nosotros no hemos podido sospecharla más que tres ó cuatro veces entre los enfermos que han ingresado en nuestro establecimiento desde un año á esta parte. Y, sin embargo, este vicio es muy frecuente en los enajenados; pero hay que observar que muchos de ellos no lo contraen más que durante su enfermedad, y es entonces un fenómeno notable la perseverancia, la pasión y hasta el furor con que se entregan á este género de excitación.

En su obra *On the nature, etc.*, Ellis se ocupa extensamente del onanismo en la producción de la enajenación mental. Cree encon-

trarlo en el fondo de la mayor parte de los casos de demencia, y supone siempre la existencia de este vicio cuando se observa cierto estado de languidez unido á una gran impresionabilidad, sobre todo cuando no existe causa hereditaria.

El Dr. Ellinger, médico agregado al establecimiento de Wittenhal, ha encontrado 83 veces la masturbacion como causa de la enfermedad, entre 333 hombres enajenados.

En una evaluacion de la proporcion de causas reconocidas en el establecimiento de Würzburg, el Dr. Schmidt ha comprobado la existencia del vicio de la masturbacion en una tercera parte de los hombres no casados.

A mi vez he podido reconocer los graves desórdenes que resultan de las emisiones espermáticas solicitadas frecuentemente.

Se ha escrito mucho sobre los desórdenes causados por las emisiones espermáticas, y entre todos los libros que han sido publicados sobre esta materia, no tubo en asignar un lugar muy preferente al de Tissot (1). Su tratado sobre el onanismo contiene acertadas consideraciones dignas de la atencion de los médicos; pero, en razon de lo que se ha vulgarizado, es sobrado leído por el público, y esto lo considero un gran inconveniente. Esta lectura debe ser más perjudicial que útil á la juventud, y bajo este punto de vista estimo que la obra del célebre médico suizo ha conducido á resultados desastrosos.

La cuestion relativa á este género de causas ha sido tratada por el Dr. Flemming en una Memoria titulada: *Das causalverhältniss der Selbstbefleckung zur Geistesverwirrung*. Véase *Zeitschrift*, por Jacobi y Nasse.

2. El hábito de la masturbacion da origen á una multitud de males. Se anuncia desde luego por una notable descomposicion de las facciones, por una expresion particular del semblante.

En las mujeres produce frecuentemente las flores blancas, calambres del estómago y dolores abdominales. O bien dolorea en el trayecto de las trompas que tienen su punto de partida en la region de los ovarios, síncope, palpitations de corazon simulando afec-

(1) Tissot, *El Onanismo*. Ensayo sobre las enfermedades que puede producir la masturbacion, version española del Dr. M. Carreras Sanchez. — Madrid, 1876.

ciones orgánicas de este órgano, pero que desaparecen á beneficio de la asuétada ó del matrimonio.

Ya tambien una gran excitabilidad de la retina.

Ya un temblor de los miembros, accesos de histerismo, asma.

Ya la epilepsia.

Esta última enfermedad es muy frecuentemente la consecuencia de las emisiones espermáticas provocadas amenudo.

Ya la enajenacion mental: la melancolía, la manía; ya el suicidio, la demencia y sobre todo la demencia con parálisis.

Hé aquí un joven, de 28 años de edad próximamente, á quien la masturbacion ha reducido al estado que veis, y al cual conviene dar el nombre de demencia y manía.

No se le puede dejar el libre uso de sus manos, y hay precision de someterle á una rigurosa vigilancia á fin de impedir, por lo menos durante el dia, que se entregue á sus hábitos de excitacion.

La influencia de esta causa se deja reconocer en él:

En no sé qué temores, qué fantasmas que asedian su espíritu.

En una sensibilidad afectada, una hipochondria enteramente especial.

En una profunda indiferencia de carácter.

En un aplanamiento muscular general.

En la flexion permanente de sus articulaciones.

En una excesiva impresionabilidad visceral.

En la debilidad de la vista.

En la decoloracion de la piel.

En el enflaquecimiento general que presenta.

Hay sujetos á quienes esta causa sume en un estado de postracion extrema, tanto más rápida en desarrollarse cuanto más inmediatamente despues del periodo de la pubertad se cometen los excesos.

Cuando veais á un sujeto joven, de uno ó otro sexo, caer en la enajenacion, no debeis nunca perder de vista las relaciones genésicas. Estas relaciones pueden ser el amor, un amor violento, contrariado, un amor desgraciado, y entonces es fácil apreciar la conexion que existe entre estas causas y la perturbacion mental; pero cuando la enajenacion se declara sin que se pueda indicar el origen del mal, es necesario fijar la atencion en el vicio del onanismo en la gran mayoría de los casos, y especialmente en los sujetos jóvenes.

3. La existencia de esta causa debe sospecharse principalmente

entre los jóvenes célibes. Sin embargo, en los hombres casados pueden engendrar la enajenación mental las emisiones espermáticas. Esto sucede especialmente en los ricos, que llevan una vida inactiva y se entregan en la intimidad conyugal á relaciones abusivas. Esquirolo ha dicho que el onanismo es frecuentemente causa de enajenación mental en los ricos; la experiencia prueba la justicia de esta observación.

Las excesos sexuales, cuando están asociados á una vida desordenada, al abuso de los alcohólicos, producen, sobre todo, la parálisis general. No obstante, ésta reconoce casi siempre y al mismo tiempo, como causa, ora una predisposición, ora la acción de una causa moral.

No deben, pues, considerarse siempre los excesos sexuales, las emisiones espermáticas, como causa de la parálisis general; el consumo exagerado de bebidas espirituosas; el miedo, los contratiempos, los disgustos, pueden determinar directamente este estado, así como también pueden conducir al mismo fin los trabajos intelectuales.

Acabo de ver un caso de parálisis general en una soltera de 17 años; reglada solamente desde hace seis meses. Esta enfermedad se anuncia por los caracteres más evidentes:

- por una inseguridad en la palabra;
- por una imposibilidad en coger los objetos;
- por una dificultad en la marcha;
- por la extinción de la memoria.

Pero el delirio apenas es aparente.

Esta jóven es una alumna de la Escuela Normal; el examen á que ha debido someterse para obtener su diploma ha exigido grandes estudios, y no ha dejado de preocuparla; la enfermedad cerebral se la declaró inmediatamente después de su admisión en la Escuela como substitutriz.

4. Yo no creo que la enajenación mental deba atribuirse exclusivamente á la pérdida demasiado abundante del licor espermático, porque se observan frecuentemente pérdidas de esta especie, aun cuando no sean provocadas por tocamientos. Así es que las pérdidas seminales involuntarias acarren rara vez una enfermedad mental, aunque puede decirse con razon que las emisiones espermáticas solicitadas amenudo, ó las pérdidas involuntarias de este líquido, ejercen sobre toda la economía una influencia debilitante. Se ha obser-

vado desde hace largo tiempo que la debilitación de las facultades intelectuales, especialmente de la memoria, sigue de cerca á esas emisiones sobrado frecuentes. Pero no es ménos frecuente ver á personas atacadas de pérdidas seminales involuntarias llegar á una edad avanzada sin presentar el menor síntoma de enfermedad mental.

5. Importa no perder de vista que la masturbación es por lo ménos tan perniciosa para la mujer como para el hombre; sin embargo, no es á la pérdida de un licor precioso á lo que puede atribuirse en la primera.

6. Yo creo, pues, poder concluir que la pérdida excesiva del licor espermático no obra de una manera exclusiva cuando produce la enajenación; que reconoce un modo de obrar especial, en relacion muy frecuentemente con una disposición congénita, con la acción de una ú otra causa moral, y sobre todo con temores de conciencia.

7. Nada más propio que los agentes debilitantes para transformar una predisposición á las enfermedades mentales en causa eficiente. Los tocamientos solitarios presentan bajo este punto de vista una disposición enteramente especial, por la cononcion que determinan en todo el sistema nervioso y por la exaltación que imprimen al dominio de la imaginación. Además influyen sobre el sentido moral, sobre todo en las personas cuyos actos están reglamentados por principios religiosos; en estos sujetos la masturbación produce remordimientos y terrores relativos á la vida futura. Casi todas estas personas se preocupan muchísimo de su suerte futura; son tímidas, prontas á alarmarse; las afecta lo más débilmente, de todo tienen miedo.

Figúrese una persona dotada de un carácter tal como es lo acaba de describir y en ese estado de aniquilamiento; vedla en el tribunal de la penitencia, donde á veces el confesor, apelando á las imágenes más aterradoras, intenta por todos los medios hacerle romper un hábito que mina el cuerpo y pierde el alma. ¡Vanos esfuerzos, inútiles amonestaciones! Siempre las mismas faltas que confesar, siempre los mismos propósitos de arrepentirse y siempre la misma impotencia para llevarlos á cabo.

Una señorita maníaca, hoy día enteramente restablecida, estaba sometida á una incansante vigilancia; si burlando la vigilancia de sus guardianes, conseguía entregarse á sus inclinaciones insólitas,

se calmaba momentáneamente y repetía sin cesar: dejadme tranquila, yo quiero examinar mi conciencia.

E. El narcotismo, los venenos, etc.

Los efectos de estos agentes son generalmente conocidos; todos ejercen una influencia funesta sobre los fenómenos de la vida, y la mayor parte de ellas obran de una manera especial sobre los actos cerebrales. Estos agentes producen el delirio agudo, y no lo que se llama enajenación mental. Hay, sin embargo, casos en que, por una acción lenta de estos modificadores, se establece un delirio crónico, una enajenación sintomática. Yo he podido juzgar esta influencia en un obrero que trabajaba en una fábrica de albayalde. Desde hace algún tiempo se han relatado casos análogos por los autores bajo el nombre de *enajenaciones saturninas*.

Añadire que me ha parecido que el abuso del *tabaco*, el de los cigarros, predispone á las afecciones mentales, originando la parálisis general. He tratado diferentes personas en las cuales no se podían reconocer otras causas que el consumo diario de 10, 15 cigarros de los más fuertes.

Tengo motivos para creer que el uso immoderado del *café* puede conducir al mismo resultado. Desde que he encontrado la parálisis general en un sujeto que bebía todos los días una cantidad exorbitante de café muy concentrado, he estudiado la influencia poderosa de ese brebaje sobre el cerebro, y he observado casos en los cuales su acción nociva me ha sido demostrada de la manera más evidente.

(M. Michéa refiere, en su tratado *Del delirio de las sensaciones*, que Jacobo Harrington, estando afectado de escorbuto durante su detención en Plymouth, tomó contra esta enfermedad, siguiendo los consejos del Dr. Dunstan, una preparación de guayaco disuelta en una infusión de café. A consecuencia de la ingestión de este líquido, que bebía por mañana y tarde, sufrió alucinaciones; veía sin cesar á su alrededor, y como saliendo de su cuerpo, pájaros, mariposas, moscas, etc. Lo que hay de cierto es que, sin quedar enteramente curado, se puso mejor desde que renunció á este licor, que había bebido hasta con pasión.)

El mismo autor añade: «Como el café es un excitante muy energético del sistema nervioso; como, según muchos autores, produce vértigos en algunos casos y conduce á la apoplejía cerebral, es muy

natural admitir por analogía que, tomado á grandes dosis, en los individuos predispuestos puede contribuir á la producción de falsas percepciones. Además de esto, dice el mismo escritor, M. G. Colet ha citado muchas observaciones que demuestran de la manera más completa que esta sustancia, lo mismo que el té, tomada á altas dosis, determina alucinaciones del tacto interno, consistentes ya en una sensación de frío en la parte posterior de la cabeza, ya en un hormigueo del cuero cabellado.»

SEXTA PARTE.

DE LAS INFLUENCIAS VISCERALES.

Es incontestable que la parte moral sufre poderosamente la influencia de las vísceras. Las estadísticas numéricas nos presentan las causas orgánicas en una cifra de 8 por 100 de causas consideradas indistintamente.

Los pulmones, el corazón, el hígado, el tubo digestivo, los órganos interiores de la generación, pueden todos obrar sobre el cerebro de una manera patogénica.

A. Más adelante veremos que hay en la economía animal una tendencia á establecer un antagonismo entre las afecciones de los pulmones y el estado morboso de la moral.

B. Todos los observadores saben que el corazón influye notablemente sobre la moral y que su estado patológico está á veces asociado á las impulsiones más extravagantes.

Hay, pues, casos en que el estado mental se halla subordinado al desorden de la circulación. Yo he visto en las afecciones del corazón cesar de funcionar este órgano regularmente, y ser el sujeto atacado inmediatamente de delirio; yo he visto terminarse el delirio desde el momento en que la circulación se restablecía. Hay por este estilo una série de desórdenes intelectuales en los que es permitido sospechar, no siempre, en verdad, una enfermedad anatómica

de este órgano, pero frecuentemente un desorden funcional de su sistema nervioso. Ya muchos prácticos han hecho notar que las personas atacadas de alteraciones orgánicas del corazón se distinguen por cierta extravagancia de carácter, que á veces se domina por una necesidad de hacer daño ó por pasiones violentas.

He podido reconocer más de una vez esas relaciones entre un carácter moral particular y la existencia de una serie de síntomas pertenecientes á las lesiones del corazón. He visto enajenados en los que no se manifestaba ningún desorden de la inteligencia, que eran revoltosos, malos, siempre dispuestos á querrellarse; he visto otros desolados, desesperados, atacados de ideas hipocondríacas, que acusaban síntomas de una enfermedad cardíaca, la cual pudo comprobarse cuando se les hizo la autopsia. Estas son las enajenaciones simpatóicas, simpáticas.

Se ha creído á veces encontrar el punto de partida del suicidio en un estado anormal del centro circulatorio.

C. Nadie puede negar la influencia que el hígado ejerce sobre la moral, lo mismo puede decirse del bazo y de todo el sistema de la vena porta. Esta fuera de duda que la pléora hemorroidal imprime al carácter un sello enteramente especial hipocondríaco.

D. ¿Quién no admite las relaciones entre el tubo intestinal y los actos cerebrales, la influencia de un estómago exaltado en su sensibilidad por el ajuno, por una inflamación, por una afección morbosa cualquiera?

Hay personas que se quejan de tener á ciertas horas del día, por ejemplo, después de comer, lo que ellas llaman ideas singulares. Tienen pensamientos que no quisieran tener; todo lo van con indiferencia, se disgustan porque no tienen emociones, experimentan una falsa vergüenza, se expresan con timidez, su palabra es oscura. Bastan algunas horas para que este estado desaparezca.

¿Quién osaría negar la influencia de las irritaciones inflamatorias de los intestinos sobre el cerebro?

¿Quién ignora cuánto puede influir un estreñimiento sobre el carácter de un sujeto? Yo me acuerdo de una persona que, cada vez que sufría una astringencia de vientre tenía alucinaciones auditivas y visuales.

Yo he visto melancólicos que experimentaban una cefalalgia intensa durante la administración de un enema.

Schroeder van der Kolk atribuía una gran importancia á los

estreñimientos debidos á la constricción del cólon trasverso, sobre todo en los melancólicos. Creía que una de las grandes indicaciones del tratamiento era combatir este obstáculo á la circulación de las materias fecales. El Dr. Roel llama mucho la atención sobre el estado del cólon en la manía furiosa. Sabida es además toda la influencia que Esquirol concede á la dislocación de este intestino.

Hasta el desorden mecánico, la salida de una hernia, la compresión excesiva de un corsé, de un vendaje, de un cinturón, determinan en algunas personas una modificación en la sensibilidad trónica, un estado de ansiedad especial.

Y en las neurósís de las vísceras abdominales, ¿no encontramos las anomalías más singulares de la parte moral? Hay hombres que, sufriendo de anorexia, cardialgia ó malestar abdominal, de tiempo en tiempo están tristes ó irascibles. ¿Quién no ha observado las grandes irregularidades que provoca en el dominio intelectual la presencia de los vermes intestinales, la de la ténia sobre todo? ¿Quién no ha observado esas risas, esos lloros, esas convulsiones seauambuliformes, cataleptiformes, epileptiformes que acompañan á la disposición vermicínea? Por mi parte he visto presentarse la epilepsia bajo la influencia de una causa de esta naturaleza.

Si la disposición vermicínea no es una causa frecuente de enajenación mental, ha sido observada algunas veces, sin embargo. Esquirol la ha notado, y M. Ferrus ha comunicado á la Academia de Medicina de París el caso de una ténia, cuya expulsión se obtuvo por la corteza de raíz de granado, en un enajenado que recobró su salud desde que el anélido fué evacuado.

En una Memoria dirigida á la Sociedad Médica de Gante, M. Brugraeye refiere un caso de hidrofobia espontánea desarrollada en un hombre, en el cual se encontró un paquete de vermes lumbricoides que se remontaba hasta el cardíaco.

E. Pero entre todas las influencias viscerales que obran simpáticamente sobre la moral, no hay ninguna más energética y cuyo conocimiento sea más importante que la que parte de los órganos genésicos.

a) A la aproximación de las reglas, la mujer está predispuesta á llorar; en la menopausia, cuando se suprimen los ménustruos, está asediada de terrores imaginarios.

b) Esta influencia es notable á veces en la pasión histérica, en la cual los llantos y las risas siguen á las sensaciones percibidas en

la dirección de los ovarios ó de la matriz. Es curioso observar los actos instintivos provocados por un estado especial de los órganos generadores. La experiencia de todos los días demuestra la íntima relación en que se encuentran, en los enajenados, las funciones cerebrales y las genésicas. Ya se observa, en mujeres jóvenes ó viudas cuya vida había sido hasta entonces un modelo de castidad, hablar de casamiento ó creerse embarazadas; ya creen ver un marido en una persona extraña; ya se creen madres de muchos hijos, ya, en fin, se hacen infieles, á las cuales visten, desnudan y acostan á su lado en la cama.

o) Esta influencia es sorprendente en las solteras delgadas y dotadas de una complexion nerviosa, sobre todo en aquéllas que una alta moralidad en la educación las aleja de las relaciones propias para inspirar pasiones. En estas personas, cuando llegan á cierta edad, se producen enfermedades del corazón, del estómago, fenómenos nerviosos, histéricos, sonambulismos, catalepsias, etc.; también se observa en ellas esa viva impresionabilidad nerviosa que predispone tan poderosamente á las enfermedades mentales; esas extravagancias en las impulsiones y esos terrores, frecuentemente religiosos, que acaban por transformarse en verdaderas frenopatías. Los infartos del útero, los prolapsos de este órgano, los polipos, pueden determinar desórdenes simtomáticos que se presentan á veces con los caracteres de una verdadera enajenación mental. En una soltera que se había suicidado, M. Lados encontró alteraciones profundas de los ovarios, de las trompas y del útero. En cada menstruación este enferma sufría perturbaciones mentales, sobre todo hacia la terminación del flujo. Entónces era cuando se manifestaba en ella la propensión al suicidio. (*Annales de la Société de médecine de Gand*).

d) La retención de los órganos generadores es sobre todo mayor en las mujeres que habitan las ciudades y que pertenecen á las clases acomodadas, en las que no han tenido hijos, en las que se caracterizan por su sentimentalismo, en las que han leído muchas novelas, principalmente nuestras novelas modernas, y especialmente en las mujeres que van desapareciendo con la edad de la menopausia la juventud con sus vanidades, sus coquetarías y su amor propio.

e) Muchas mujeres enajenadas se quejan de dolores dorsales correspondientes á la región lumbar, que se propagan por irradiaciones dolorosas hasta el epigastrio, y en muchas de ellas la región ovárica es el asiento de profundos sufrimientos.

f) En muchos sujetos, y en las mujeres en la edad crítica, las enajenaciones se presentan amenudo acompañadas de síntomas histéricos, de constricciones de la garganta y de gorgoteo intestinal.

g) Puede suceder que la inactividad de los órganos sexuales origine los actos cerebrales más extraordinarios, y á veces muy violentos, y las alucinaciones más extrañas.

h) Finalmente, esta influencia de los órganos sexuales se encuentra también en los hombres, pero es ménos poderosa que en las mujeres. Se anuncia por lo que se llama vacío del corazón, situación que los poetas y novelistas pintan en sus obras. Los hábitos sedentarios y de aislamiento, un carácter tímido, exigencias de todas clases que alejan al hombre del matrimonio, dejando en completa inacción sus órganos genitales, originan en él una efervescencia de sentimiento, un estado de irritabilidad y de hipercondría cuyas consecuencias han sido á veces funestísimas.

F. Si hay alguna cuestión que haya despertado la duda en el espíritu, es la concerniente á la menstruación considerada como causa de enajenación mental. La supresión de este flujo se encuentra en casi la generalidad de los cuadros etiológicos adquiridos como una causa propia para determinar esta enfermedad. Algunas veces se ha atribuido á esta causa la principal influencia; se ha dicho que, en virtud del predominio del sistema cataménico, y sobre todo de los desórdenes sobrevenidos en el flujo cataménico, la mujer debe estar más expuesta que el hombre á la enajenación frénica.

a) No puede negarse que los accesos maníacos se agravan ó se mitigan frecuentemente por la aparición de las reglas, y es muy cierto que en el inmenso número de mujeres adultas en los establecimientos se observa la supresión de este flujo; que hay casos en que, durante muchos meses consecutivos, un acceso maníaco estalla cuatro, ocho, diez días antes de la aparición de los menstruos, otros en que el acceso se manifiesta durante este flujo, y otros en que se presenta despues de haber terminado; que, frecuentemente, en la convalecencia de las enajenadas se observa un ligero retorno de la enfermedad mental hacia la época de los menstruos; que algunas veces también las recaídas están en relación con la época del flujo cataménico. Yo he visto manifestarse una manía inmediatamente á la época de la pubertad, cesar despues de una primera y única menstruación y mostrarse de nuevo en la menopausia, cuando este flujo se había suprimido hacia 25 años.

b) ¿Puede ser considerada la supresión de las reglas como una causa directa de enajenación mental?

Si, pero es muy raro. He tenido ocasión de ver mujeres jóvenes, solteras de 16 y 17 años, en las que las reglas, ya establecidas, habían cesado de aparecer, y que, en el curso de una afección clorótica, experimentaban un desorden intelectual, caracterizado tan pronto por la manía, tan pronto por la melancolía, tan pronto por cualquier otro género de *véramia*; á veces, en semejantes casos, la enajenación va acompañada de síntomas histéricos. Yo no recuerdo haber encontrado nunca 20 enajenadas en quienes esta influencia de la supresión menstrual sobre la generación del estado frenopático apareciera claramente. Observo con frecuencia este estado mental en la edad crítica, como consecuencia de la cesación del flujo catamenial; pero no lo he reconocido con todos los caracteres de evidencia rigurosa más que excepcionalmente en mujeres ó solteras jóvenes. Yo no pretendo, pues, responder de una manera categórica á la cuestión que acabo de exponer; no obstante, hay algo que me hace que una reacción del útero sobre la moral puede engendrar este desorden, y lo prueba la edad crítica.

La opinión de los autores está dividida sobre este punto.

Muchos prácticos son de parecer que debe admitirse esta influencia, otros no la aceptan por motivos fundados en la observación de los hechos. Georget, el primero, ha suscitado esta cuestión; este autor ha dicho que la causa que produce la enfermedad mental produce también al mismo tiempo la supresión de las reglas. Hubiera podido añadir que, por efecto del mismo estado mental, por la agitación, el ruido, los terrores, las cóleras que se desenvuelven, el cerebro ejerce sobre la matriz una influencia morbosa, porque en las enajenaciones tranquilas generalmente no se suprimen casi los menstros.

El Sr. Voisin ha tratado igualmente esta cuestión de la supresión menstrual, adoptando la opinión de Georget.

(Muy recientemente, el Sr. Brierra ha referido dos hechos, que tienen por objeto probar que, en ciertas situaciones, la supresión de las reglas puede ser considerada como una causa directa del estado frenopático.)

c) Bien pronto es demostrado que la supresión de este flujo en la edad crítica constituye una excepción. En algunos casos esta edad de la mujer es generadora espontánea de las enfermedades

mentales, especialmente de la melancolía y de la hipochondría. En las mujeres solteras viejas enajenadas, después de la menopausia el estado mental se mejora, ó á veces se agrava durante muchos años, en cada período correspondiente á la depuración menstrual. Yo he visto algunas veces en dicha edad que una aparición momentánea de esta evacuación calmaba el estado moral sin disiparlo.

G. Las causas viscerales más directas del desorden intelectual se refieren al embarazo y al parto, así como á la lactancia.

Ya os he hablado de esas ideas extravagantes que dominan á algunas mujeres embarazadas, lo cual se observa hasta en los animales. Son impulsiones que las inducen á robar, á hacer y deshacer; es una melancolía, á veces un éxtasis, en otras el suicidio, ya el deseo insólito de destruir, de inocular hasta á sus propios hijos. En algunos casos es la manía, la manía furiosa desarrollándose en el curso del embarazo.

El parto ocupa un lugar importante en la historia de la etiología de las frenopatías, porque, segun una estadística hecha por Esquirol, entre 600 mujeres enajenadas, 32 habían perdido la razón después del parto ó durante la lactancia. Entre 144 mujeres pertenecientes á la clase rica, 21 fueron atacadas á consecuencia del parto ó durante la lactancia.

Entre 144 casos observados en 1849, no encontré más que una sola enajenación puerperal.

La ciencia no ha podido determinar hasta aquí la acción patogénica del embarazo, del parto y de la lactancia sobre la moral de la mujer.

Esta cuestión no ha podido ser dilucidada todavía.

Se ha atribuido á una desviación de la leche, á una influencia simpática desconocida, á una derivación de la sangre, á una debilidad nerviosa, y también á una verdadera metástasis.

Esta influencia de las vísceras sobre el sistema cerebral es, pues, un hecho constante. El que quisiera negarla probaría su más completa ignorancia sobre un orden de fenómenos, notables en el estado fisiológico como en el estado morboso, y perdería de vista la gran verdad de que el cerebro es un instrumento en el orden de los actos orgánicos, un instrumento sin el cual es imposible concebir la existencia de las vísceras.

Pero sí es incontestable que el corazón, que el intestino, que los ovarios, que el útero, influyen de una manera poderosa sobre el ce-

rebro, no debe, sin embargo, exagerarse la conclusion científica que se puede sacar de este principio. No se debe adoptar una opinion extrema y conceder una parte demasiado grande á la accion de la vida orgánica en el desenvolvimiento de las enfermedades mentales.

H. Es posible que las enfermedades viscerales ejerzan una accion tan grande sobre la moral que resulte una perturbacion morbosa en sus manifestaciones. Tal situacion es en la que las enajenaciones reales obedecen á una causa que reside en las visceras. Pero estos casos son mucho menos frecuentes de lo que se cree; lo que se presenta ordinariamente es un estado agudo simpático, y en este sentido debe cifrarse en primer término el delirio histérico. Sucede más frecuentemente que la influencia visceral se limita á determinar una perceptibilidad morbosa, á predisponer la moral en el sentido de que el individuo, sufriendo una alteracion abdominal ó tóracica, se hace más impresionable, más irritable y sufre más fácilmente la accion de las causas ocasionales. De este modo el estado de las visceras provoca un estado frénico que trasmite á la moral irradiaciones morbosas.

Creo poder aconsejaros la lectura de la tesis inaugural del doctor Loiseau, *Sur la folie sympathique*, en la cual encontrareis el resumen de lo que se ha dicho como mas concluyente sobre la materia que nos ocupa en este momento.

SÉTIMA PARTE

DE LAS ENFERMEDADES QUE PUEDEN PRODUCIR EL ESTADO FRENOPÁTICO

1. En el exámen que aquí hacemos de nuestros cuadros etiológicos, es necesario notar la rareza de las causas que se refieren directamente á las enfermedades corporales anteriores al desenvolvimiento de la enajenacion mental.

Si exceptuamos la *epilepsia*, que se ha presentado ocho veces so-

bre la cifra total de entradas, apenas hemos tenido ocasion de encontrar cierto número de afecciones que pueden ser consideradas como provocadoras directas de la enajenacion mental. Apenas si entre 114 casos encontramos algunos ejemplos de cólera, de fiebre tifóidea, si bien estos hechos merecen ser cuidadosamente examinados. Así, las epilepsias anotadas eran más bien afecciones congénitas de la enfermedad mental que causas directas de esta afeccion. La epilepsia es, en verdad, causa bastante frecuente de una enajenacion sintomática.

2. Los casos de cólera que han dado origen á la enajenacion mental dependen, tanto del terror que inspira esta enfermedad, como de la enfermedad misma.

Las vesanias consideradas como consecuencia de las *fiebres tifóideas*, se han producido lo más frecuentemente en sujetos hereditariamente predisuestos al estado frenopático. Sin embargo, he podido ver numerosos casos de enfermedades febriles graves, de fiebres atáxicas, de tifus terminados por una enfermedad mental, aparte de toda predisposicion del sujeto.

Parece que las *fiebres intermitentes* engendran algunas veces enajenaciones mentales. Ya he dicho que las fiebres perniciosas pueden tomar la forma frenopática; respecto á esto podria citaros dos hechos muy curiosos. Pero hasta aquí no he tenido ocasion de observar ni la manía ni ninguna otra afeccion mental como consecuencia de la fiebre terciaria ó cuartana. Sydenham, segun Willis y Sebastien, es el primero que hizo conocer la conexcion que existe entre las fiebres intermitentes y la enajenacion mental. M. Baillarger, á su vez, se ocupó de este asunto, Sydenham habiase ocupado tambien de fiebres cuartanas degeneradas en manías rebeldes á consecuencia del empleo de los purgantes administrados en estas enfermedades.

Rocke ha insistido en el *Zeitschrift* de Demerow algunas consideraciones sobre la *enajenacion tímica*, refiriéndose á cuatro casos de fiebre intermitente rápidamente degenerada en manía.

El Dr. Dagonet, siendo médico director de Stephansfeld, trató, en una relacion sobre este establecimiento, de la influencia de las fiebres intermitentes sobre la moral, demostrando que esta influencia no tiene nada de saludable para la curacion de los enfermos.

3. Las *neuralgias* pueden dejar de manifestarse en los nervios donde atacan habitualmente y afectar al cerebro, dando lugar, sea á una melancolia, á una manía, á una demencia ó á cualquier otra

forma simple ó compuesta de enfermedad mental. Tal sucede en algunas neuralgias de la cara y en ciertas cardialgias. Pero éstos no dejan de ser casos raros; yo no los he observado más que 10 ó 12 veces en todo el curso de mi vida.

Tal sucede también con el *asma*, el cual puede alternar con la enajenación mental.

4. La *apoplejía*, paralizándola los miembros, paraliza frecuentemente la inteligencia; algunas veces esta enfermedad engendra también el delirio crónico de las ideas.

5. La *inflamación de las meninges*, si no produce la muerte del paciente, puede transformarse en *vesania crónica*. Esto no sucede sino rara vez, y se observa, sobre todo, en las enfermedades de la piel.

6. Las *afecciones cutáneas* tienen una propensión especial á trasladarse al sistema cerebral. Tal acontece con la *tífa*, la *sarna*, las *herpes*, el *sarampión*, la *escarlatina*, la *erisipela*. La *pelegría*, enfermedad endémica en algunas provincias del Norte de Italia, ejerce una influencia especial sobre la moral de los que son atacados de esta singular afección, predispониéndolos á la *melancolía*, al *suicidio*, á la *parálisis*, etc.

Las enfermedades herpéticas atacan la moral cuando, por ejemplo, en una erupción no se presenta ésta en la época de su aparición ordinaria, ó también en los casos de una gran debilidad de todo el sistema, que impide al elemento morboso presentarse en la piel. O bien, en fin, el estado mental sucede á la repercusión de un herpes á consecuencia del empleo de algún medio tónico astringente. Yo he observado este fenómeno como resultado de un tratamiento hidropático.

El vicio herpético es la causa de una enajenación sintomática con más frecuencia de lo que se cree. Me ha sucedido muchas veces ver desaparecer la enajenación gracias á la aparición de una erupción herpética, de cuya enfermedad había sido atacado el sujeto anteriormente. No debemos perder de vista que la *epilepsia*, esa hermana de las *vesanias*, es debida en numerosos casos á la *diatesis herpética*.

Yo recuerdo haber visto producir la enajenación oftálmica combatida por medios repercutivos; en un caso era una *melancolía*, en otro una *parálisis general*.

Las *metástasis erisipelatosas* pueden ser causa de afecciones ce-

rebrales. A veces se presentan con todos los fenómenos de la *parálisis general*. Yo acabo de ver un ejemplo sorprendente de esto.

(M. Baillarger, en una Memoria inserta en los *Annales médico-psychologiques*, cita tres casos de *erisipela* de la cara y del cuero cabelludo que determinaron la *parálisis general*. El autor dice: «Si hay en lo sucesivo un hecho bien demostrado en la historia de la *parálisis general* es seguramente la influencia de las congestiones cerebrales sobre la producción de esta enfermedad. Así, estudiando con cuidado la etiología, se nota que casi todas las causas han obrado provocando congestiones cerebrales. Tales son, en primer término, las supresiones de flujos sanguíneos, los excesos en las bebidas, los abusos venéreos, las conmociones morales en los sujetos de un temperamento pleurítico, en la *epilepsia*, etc.»)

7. La *gota* y el *reumatismo* pueden, como las afecciones eruptivas, afectar al cerebro bajo la forma de *metástasis*. Algunas veces la *gota* es reemplazada, en las personas sujetas á esta enfermedad, por terrores vagos, por un estado *hipocondríaco* de profunda tristeza ó de tendencia al *melindio*, cuyos fenómenos se disipan desde el momento en que la afección gotosa se manifiesta en las articulaciones. M. Leuret ha suministrado datos muy interesantes sobre las enajenaciones por causa reumática. Por mi parte, he podido también observar que una *retropulsión* de la afección reumática del cuero cabelludo y de los músculos del brazo, fijándose en el cerebro, en la *dura-madre*, puede ocasionar el estado *frenopático*.

8. Otro tanto diré de las *afecciones catarrales del oído*.

9. Lo mismo diré de la *supresión de un flujo purulento*.

10. La *diálisis escrofulosa*, afectando el cerebro, puede provocar el desorden de este órgano, favoreciendo la predisposición á las enfermedades mentales.

11. La *sífilis*, en su evolución terciaria, produce enfermedades cerebrales, afecciones del cráneo y de las meninges.

12. El uso excesivo del mercurio ejerce una acción desfavorable sobre el sistema nervioso cerebral. El tratamiento mercurial entra en gran parte en los elementos etiológicos de la *parálisis general*.

Entre 149 casos por causas físicas, se han contado en el manicomio de Turin 10 casos que provenían de la administración del mercurio.

En un solo caso me ha parecido que el uso continuado por largo tiempo del iodo, ha favorecido el desarrollo de la *parálisis general*.

Peró todas estas causas, las afecciones cutáneas, las reumáticas, gotosas y sífilíticas, figuran muy poco en nuestros registros. Alguna vez ha podido sospecharse el uso excesivo del mercurio.

13. *Los golpes, las caídas, las violencias exteriores* pueden ocasionar también perturbaciones en las funciones frénicas. Según una evaluación hecha por Esquirol, estas causas se presentarían en las proporciones de 1 y cuarto por 100. En Rouen las violencias exteriores marcan un 0.01 por 1.000. Según un cálculo hecho en la *Revue des Quakers*, estas causas se elevarían al 3 por 100. En los estadlos anuales que yo he hecho de los casos recogidos en estos establecimientos, no ha alcanzado jamás á esta cifra. Yo creo que aquí, entre 300 casos, no hay uno que pueda ser atribuido á lesiones externas.

14. Muchas veces me he preguntado si el *estado plétórico* por sí solo, independientemente de otra causa, podía engeñdrar la enajenación mental. Hasta la fecha no he podido resolver esta cuestión. Yo no recuerdo haber observado nunca este resultado. Y, no obstante, la opinión vulgar pretende encontrar en la sangre, cuando ésta es abundante, la causa directa del estado frenopático.

Acabamos de ver cómo se debe apreciar el papel que desempeña la evacuación menstrual, cuya supresión es tan general en las mujeres enajenadas.

La influencia directa de la supresión hemorroidal no se observa sino rara vez.

Yo no he observado más que muy pocos hechos que puedan hacerme creer que la epistaxis se encuentra en ciertas relaciones con las enfermedades de que tratamos. Debo reconocer, sin embargo, que he visto en algunos casos sorprender la enajenación mental á sujetos jóvenes ó en la flor de su edad, en los cuales la hemorragia nasal había cesado de efectuarse en las épocas habituales.

La constitución plétórica puede intervenir como un elemento en la patogenia mental; este principio es sobre todo aplicable á las parálisis generales, segun acabo de demostrar. Los sujetos pléticos están más predisuestos que otros á este género de demencia.

LECCION VIGÉSIMAPRIMERA

(CONTINUACION)

OCTAVA PARTE

ESTUDIO DE LAS CAUSAS PREDISIVNENTES

Continuando el estudio de las causas, vamos á ocuparnos especialmente del último grupo de ellas, ó sea el que se refiere á la predisposición.

1. En el examen de los cuadros etiológicos de la enajenación mental, no es fácil distinguir entre los diferentes modificadores el verdadero factor de la enfermedad. A menudo es muy embarazoso decir dónde está la causa determinante y dónde la causa predisponente.

Voy, pues, á formular en pocas palabras las condiciones, las causas, el estado del organismo que crean la predisposición.

2. La predisposición puede ser individual ó congénita.

Predisposición individual. — a) Cuando el sujeto encuentra en su propia individualidad la aptitud para contraer una enfermedad mental, la predisposición es directa. Así, la enajenación puede establecerse espontáneamente por la sola fuerza de la predisposición.

b) Puede suceder que el hombre adquiera en el acto de su nacimiento, durante un parto laborioso de su madre, el gérmen de esta condición morbígena. Una lesión cualquiera visible, apreciable poco tiempo después del nacimiento, pueda predisponerle á las frenopatías.

Pero todas estas causas, las afecciones cutáneas, las reumáticas, gotosas y sífilíticas, figuran muy poco en nuestros registros. Alguna vez ha podido sospecharse el uso excesivo del mercurio.

13. *Los golpes, las caídas, las violencias exteriores* pueden ocasionar también perturbaciones en las funciones frénicas. Según una evaluación hecha por Esquirol, estas causas se presentarían en las proporciones de 1 y cuarto por 100. En Rouen las violencias exteriores marcan un 0.01 por 1.000. Según un cálculo hecho en la *Revue des Quakers*, estas causas se elevarían al 3 por 100. En los estadísticos anuales que yo he hecho de los casos recogidos en estos establecimientos, no ha alcanzado jamás á esta cifra. Yo creo que aquí, entre 300 casos, no hay uno que pueda ser atribuido á lesiones externas.

14. Muchas veces me he preguntado si el *estado pléórico* por sí solo, independientemente de otra causa, podía engendrar la enajenación mental. Hasta la fecha no he podido resolver esta cuestión. Yo no recuerdo haber observado nunca este resultado. Y, no obstante, la opinión vulgar pretende encontrar en la sangre, cuando ésta es abundante, la causa directa del estado frenopático.

Acabamos de ver cómo se debe apreciar el papel que desempeña la evacuación menstrual, cuya supresión es tan general en las mujeres enajenadas.

La influencia directa de la supresión hemorroidal no se observa sino rara vez.

Yo no he observado más que muy pocos hechos que puedan hacerme creer que la epistaxis se encuentra en ciertas relaciones con las enfermedades de que tratamos. Debo reconocer, sin embargo, que he visto en algunos casos sorprender la enajenación mental á sujetos jóvenes ó en la flor de su edad, en los cuales la hemorragia nasal había cesado de efectuarse en las épocas habituales.

La constitución pléórica puede intervenir como un elemento en la patogenia mental; este principio es sobre todo aplicable á las parálisis generales, según acabo de demostrar. Los sujetos pléóricos están más predisuestos que otros á este género de demencia.

LECCION VIGÉSIMAPRIMERA

(CONTINUACION)

OCTAVA PARTE

ESTUDIO DE LAS CAUSAS PREDISIVNENTES

Continuando el estudio de las causas, vamos á ocuparnos especialmente del último grupo de ellas, ó sea el que se refiere á la predisposición.

1. En el examen de los cuadros etiológicos de la enajenación mental, no es fácil distinguir entre los diferentes modificadores el verdadero factor de la enfermedad. A menudo es muy embarazoso decir dónde está la causa determinante y dónde la causa predisponente.

Voy, pues, á formular en pocas palabras las condiciones, las causas, el estado del organismo que crean la predisposición.

2. La predisposición puede ser individual ó congénita.

Predisposición individual. — a) Cuando el sujeto encuentra en su propia individualidad la aptitud para contraer una enfermedad mental, la predisposición es directa. Así, la enajenación puede establecerse espontáneamente por la sola fuerza de la predisposición.

b) Puede suceder que el hombre adquiera en el acto de su nacimiento, durante un parto laborioso de su madre, el gérmen de esta condición morbígena. Una lesión cualquiera visible, apreciable poco tiempo después del nacimiento, pueda predisponerle á las frenopatías.

e) El temperamento moral, caracterizado por una viva sensibilidad, puede por sí solo conducir á este género de afecciones, ó bien admitir el concurso de causas ocasionales ordinarias. Los hombres muy devotos, muy ambiciosos, pueden enajenarse por una predisposición que acaba por transformarse en causa determinante. Las mujeres que durante toda su vida se han consagrado al culto del hombre, se convierten algunas veces en erotomanas ó linfomaniacas.

Yo había creído encontrar en otro tiempo una correlación entre el temperamento moral del hombre y el género de enfermedad mental de que podía ser atacado.

Yo había imaginado que un carácter impetuoso, vehemente, constituiría por lo general el elemento de la manía. Yo creo todavía que, en realidad, este carácter imprime á veces á esta vesania una de sus formas; pero yo había incurrido en el error de querer generalizar demasiado este principio. Con razón alega Jacobi, en sus *Hauptformen Seelenstörungen*, que las personas más delicadas, las más tímidas, las de carácter más dulce, pueden ser atacadas de un delirio furioso, mientras que los hombres violentos son algunas veces como sorprendidos por el rayo y caen en una profunda melancolía.

d) El Dr. Thurnam hace observar, en su relación sobre la *Asilo*, cerca de York, que en la formación de la predisposición predominan las causas físicas corporales sobre los agentes morales. Entre 415 predisposiciones pudo explicarlas 232 veces por disposiciones orgánicas.

Sacode que algunos sujetos, después de haber recorrido los períodos de una enfermedad grave, de un tifus, de un cólera, después de haber padecido una afección nerviosa como el tétanos ó la epilepsia, se resentían de una alteración profunda en todo su ser. Débiles é impresionables, se preocupan del estado de su salud; la piel se decolora; se inquietan y se sublevarn al menor contratiempo; no soportan ninguna impresión, ya sea normal, ya física, sin conmoverse profundamente. Sobreviene una causa más ó ménos violenta, conmueve al organismo y determina la enajenación.

El hombre puede presentar un estado visceral particular que reacciona sobre su moral y le hace apto para contraer las enfermedades mentales.

Las afecciones de los ovarios, del útero, del tubo digestivo, del

hígado, del corazón, de los pulmones, son las fuentes más fecundas de esta impresionabilidad.

e) El hombre predisuesto puede haber experimentado en la moral estímulos particulares, contradicciones, grandes disgustos, conmociones, que no determinan directamente enfermedades del entendimiento, pero que hacen más eficaz la acción de las causas ocasionales.

f) Los ataques frenopáticos sufridos anteriormente, predisponen á nuevas invasiones.

g) Un hábito contraído por el sistema sensorial de producir fenómenos morbosos idénticos, favorece el retorno de estas afecciones.

En muchos casos la enajenación mental se sostiene por una oscilación morbosa. Los síntomas primitivos han desaparecido; el enfermo, bajo la influencia de ciertas impresiones, puede volver á su condición normal, pero la enfermedad permanece oculta, reaparece y recobra su imperio. Este fenómeno se observa en las enajenaciones que han durado largo tiempo, durante las cuales nos permiten ver frecuentemente en una misma persona un individuo sano de espíritu al mismo tiempo que un enajenado. El Dr. Combe, de Edimburgo, ha desarrollado este principio en una disertación que ha sido insertada en una revista inglesa.

- h) El hombre civilizado se desenvuelve por
- su ternura,
 - su pudor,
 - su amor propio,
 - su ambición,
 - su imaginación,
 - su industria,
 - su moralidad,
 - su inmoralidad,
 - su nervosismo.
- Por la edad,
- el sexo,
 - la estación.

3. Hay otros casos en que la enfermedad mental se refiere á un mal de familia que se trasmite por vía de generacion. Aquí la predisposición es *congénita*. Esta predisposición no tiene su punto de partida ni el temperamento moral ni el temperamento físico.

La herencia puede ocasionar directamente la enajenación men-

tal; puede producir esta afección sin el concurso de ninguna otra causa. En ciertas circunstancias necesita de agentes auxiliares procedentes de las causas ocasionales.

4. En otro tiempo calculó que la herencia guardaba la proporción de 1 por 4 entre los enfermos admitidos: entre 224 personas ingresadas en aquella época, encontré 56 veces esta causa bien comprobada, ó sea un 25 por 100. Entónces conjeturé que podría elevarse hasta un 30. Pero mis cálculos actuales, basados sobre datos más verídicos, me han dado por resultado un 45 de casos de herencia por 100 admisiones en término medio. El Sr. Brière va más lejos; según este autor, la cifra media comprendería la mitad de los enajenados. En las clases menesterosas, el número de casos de herencia es sensiblemente menos elevado que en las clases acomodadas. Así, encuentro en mis cuadros estadísticos de 1854 las cifras siguientes: menesterosos, 36; clases acomodadas, 54.

Es necesario tener en cuenta que en este cálculo el número real debe ser un poco más elevado que el que se consigue ordinariamente, en atención á que, entre los antecedentes obtenidos, hay algunos incompletos.

En el establecimiento privado de Esquirol, entre 265 enfermos, se la contó 149 veces la herencia, ó sea un 45 por 100.

De los cuadros estadísticos de Holst resulta que, de 467 casos, en 323 figura como causa la predisposición, ó sea un 69 por 100.

Jessen ha comprobado 360 veces la predisposición en un total de 522 enajenados tratados en el establecimiento de Schleswig, ó sea un 65.

John Webster encontró la predisposición en un tercio de los enajenados.

Thurnham, guiado por sus cálculos estadísticos, evalúa también la predisposición en un tercio, pero haciendo caso omiso de la herencia; y añadiendo las influencias del parentesco, resulta un 50 por 100. La herencia no figuraría, pues, según él, más que en un 20 por 100.

Raychappe no la estima más que en un 15 por 100. El doctor Everta evalúa la proporción de los casos hereditarios en los dos tercios de los enfermos. Según Pinel, sobrino, más de la mitad de las clases elevadas de la sociedad está bajo la influencia hereditaria para las frenopatias.

5. Sin atenerse rigurosamente á la expresión de una cifra, di-

remos que las enfermedades mentales son hereditarias en casi las cuatro quintas partes de las familias, cuyos miembros son admitidos en nuestros establecimientos. Ya es el padre el atacado, ó la madre, ya un tío ó una tía, ya los primos, hermanos ú otros parientes más lejanos.

Importa hacer notar que la trasmisión no es siempre directa; así es que el padre de un enajenado puede no haber padecido la enfermedad, mientras que el abuelo, una tía, un tío, ó un primo pueden haber presentado los síntomas de esta afección.

De esto debe deducirse que los miembros de una misma familia pueden haber llevado el germen de esta enfermedad; que este germen no llegó al estado de manifestarse, y, sin embargo, fué transmitido á otros, en los cuales se individualizó y se trasformó en enfermedad.

6. Un célebre médico alienista, el Dr. Baillarger, creyó probar que la trasmisión es más segura por la rama materna, sobre todo en la generación femenina. El Dr. Browne, de Dumfries, en el *Phrenical Journal*, ha establecido que, en una série de casos, la herencia descendió 76 veces de la madre, mientras que sólo en 57 casos emanaba del padre. Por mi parte, he observado que en las familias de las mujeres enajenadas había más mujeres atacadas de la misma afección, y en las de los hombres enajenados más enfermos del sexo masculino. Así, entre las primeras he encontrado 0.17 influencias femeninas y 0.08 influencias masculinas, mientras que entre los segundos había un 17 por 100 de influencias masculinas y 10 por 100 de influencias femeninas.

(A propósito de los estudios y de los principios admitidos por M. Baillarger, os recomiendo la lectura del juicio formado por el Dr. Hobbmann, en una Memoria que se encuentra inserta en el *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, tomo V.)

7. La herencia se aligüere por las mismas causas que desenvuelven la predisposición que yo acabo de llamar individual.

Por parte de los parientes, son:

- a) El ímpetu de las pasiones.
- b) El carácter extravagante.
- c) La disposición á la melancolía.
- d) La devoción exagerada.
- e) La sed de riqueza.
- f) Los hábitos de lujo.

- g) Las connocciones morales.
 h) Las enfermedades anteriores, tales como el histerismo, la epilepsia, una enajenación.
 i) Los trabajos intelectuales excesivos.
 j) El gran desarrollo de las facultades mentales.
 k) Una preñez, un parto laborioso.
 l) Los excesos en las bebidas espirituosas.

Esta última causa es la más poderosa.

Yo he podido comprobar el origen de toda una generación de enajenados compuesta de diferentes hermanos y hermanas, todos nacidos de una madre que había hecho un consumo tan considerable de licores fuertes que, durante toda una serie de años, y diariamente, se encontraba en un estado de completa embriaguez. Esta mujer nunca había estado enajenada, así como tampoco su marido ni ningún miembro de su familia; de manera que era directamente el resultado de esta unión toda una descendencia de enajenados.

Yo he visto nacer hijos epilépticos de padres no epilépticos, pero que se entregaban con exceso al uso de licores alcohólicos. El Dr. Morel, en su *Traité des dérangemens*, ha hecho resaltar perfectamente esta influencia de la embriaguez en la progeneración de parientes entregados al abuso de los alcohólicos.

m) Un casamiento contraído entre dos personas unidas por los lazos de la sangre.

Esta última causa ha sido indicada desde largo tiempo y es muy favorable al desenvolvimiento de la enajenación mental, y sobre todo de la que se distingue por la degradación de las facultades intelectuales. En nuestro curso de fisiología hemos probado cuán eficaz es esta causa; hemos demostrado cuánto conducen en los animales, las uniones que se verifican entre hermanos y hermanas, á un estado de atrofia de las formas del animal. El cruzamiento de razas es necesario, en efecto, para la perpetuación de las especies, y para el hombre parece indispensable para el perfeccionamiento intelectual (1).

n) Algunos creen que todas las causas que tienden á producir

(1) En estos últimos tiempos se ha llamado poderosamente la atención sobre la cuestión de las uniones consanguíneas, y ha sido estudiada bajo todas sus formas.

la enervación y la debilidad en los padres, contribuyen á hacer á los hijos más impresionables. Yo he conocido á un hombre de una constitucion perfecta que, casado, tuvo al principio con su mujer hijos muy bien constituidos. Durante su matrimonio adquirió una enfermedad venérea que duró mucho tiempo y que exigió el empleo reiterado del mercurio. En este período tuvo dos hijos, y después de su curacion otros tres. Uno de éstos, nacido mientras el padre estaba bajo la influencia del tratamiento antisifilítico, fué un idiota; los otros dos permanecieron sanos de cuerpo y de inteligencia.

He creído reconocer que la lactancia influye sobre el carácter y las tendencias del niño, y tengo la convicción de que la leche de una nodriza puede modificar poderosamente las cualidades nativas de un niño, y hasta comunicarle el elemento de la locura.

Podría citarse más de un hecho que confirmaría esta manera de ver.

8. Las causas, obrando sobre un miembro de la familia, no crean siempre directamente el estado frenopático en sus hijos; sólo engendran una predisposición que se trasmite de padres á hijos, y que ordinariamente, bajo el imperio de nuevos modificadores, se transforma á la larga en una enfermedad completa. Esta, á su vez, puede reproducirse en los hijos de este hombre; pero puede también dar origen en ellos á otras afecciones que no pertenecen á la clase de las enfermedades mentales, como

- las convulsiones, el histerismo;
- una gran timidez, el descaro, el atolondramiento;
- una profunda variabilidad de carácter.

Algunas veces es interesante estudiar con atención la familia en la cual las resacas son hereditarias. De esta manera se logran reconocer condiciones que, sin ser enajenaciones, constituyen, por decirlo así, estados de transición.

Así es que observareis, en las familias compuestas de hermanos y hermanas, uno ó dos miembros atacados ora de melancolía, ora de manía, ora de demencia; también se encontrará en unos casos un hermano ó hermana que se distinguen por la elevación de su inteligencia; otras una hermana ó un hermano que se hacen notables por una excesiva timidez ó por una osadía extremada;

- un hermano notable por sus trabajos artísticos;
- otro excesivamente devoto;
- otros entregados al libertinaje.

y otros que hacen un enorme abuso de bebidas.

En una palabra, al lado de la enajenación descubriréis un cúmulo de excentricidades, y á veces las qualidades más eminentes del corazón y de la inteligencia.

9. Importa añadir que el hombre predispuesto á las enfermedades mentales puede no ser apto para contraer la enfermedad durante una larga serie de años, mientras que el desorden intelectual estallará cuando será de edad más avanzada y se encontrará en las condiciones predisponentes más poderosas. Parece que el germen de la herencia deba pasar en muchos sujetos por una especie de evolución independiente de las circunstancias exteriores; parece que haya una espontaneidad patológica análoga á la espontaneidad fisiológica que determina la evolución de la pubertad y la de la menopausia. Así, exigirá cierta época de la vida favorable á la manifestación morbosa. Ahora bien, los sujetos predispuestos en vano se apartan de todo lo que pudiera serles nocivo; la enfermedad, cuando ha llegado la época fatal, aparece muy frecuentemente, á despecho del mejor régimen á que hayan estado sometidos.

Yo me he sentido desgarrado el corazón al ver pobres enfermos, de hermanos ó de hermanas enajenadas, observar con un cuidado escrupuloso los preceptos del médico, evitar con una sagacidad imborosa todo lo que hubiera podido favorecer el desenvolvimiento del estado morboso, hacer esfuerzos inauditos á fin de ocultar las primeras manifestaciones del mal con el objeto de dominarle, inútiles cuidados, inútiles precauciones!

Esos desgraciados ponen fin á sus días á veces en un momento de desesperación.

10. Debe tenerse presente aquí la edad en que la vesania hereditaria se manifiesta; frecuentemente la enfermedad estalla en aquel período de la vida en que se declaró en el tío, en la madre ó en el padre de los pacientes.

Otro tanto decimos de la forma que afecta la enajenación mental congénita. Uno de los padres puede haber sido atacado de manía, mientras que su hijo lo es de melancolía. Pero en muchos casos se reproducen por la vía genética los mismos caracteres morbosos.

11. La predisposición á las enfermedades de que se trata, se anuncia siempre por signos apreciables?

En esta cuestión la ciencia nada sabe aún de positivo. Puede suceder que se encuentre un aire de familia entre ciertos fenómenos

morales. Así, un gran número de sujetos predispuestos á las enfermedades frenicas tienen la moral habitualmente impresionable; un motivo baladí les causa una viva impresión.

En algunos son rasgos singulares; ya es una manera extravagante de vestirse, ya son mil modas caprichosas de conducirse que llaman la atención del vulgo.

Á veces son ideas verdaderamente delirantes, que la razón pueda todavía combatir; ya son ilusiones sobre hechos venideros ó errores sobre hechos pasados.

Los hay que presentan una gran variabilidad de carácter, toman sin cesar resoluciones que no se realizan nunca. Hay otros que se distinguen por una extremada obstinación.

Otros también se hacen notar por la penetración de su inteligencia y la elevación de sus pensamientos.

Otros, en fin, por una carencia de ideas y falta de concepción.

Ya lo veis, no es fácil llegar al conocimiento de un fenómeno unitario en la apreciación de las predisposiciones. Casi no es dado al espíritu humano decir, en último análisis, lo que hay en el fondo de esta predisposición.

¿Tiene alguna relación con los fluidos del organismo?

¿Debe llamarse un estado nervioso, un estado neuropático?

¿Es un estado cerebral, un estado del alma, un estado psíquico frenopático?

Nos ocuparemos bien pronto de este punto cuando tratemos de la patología mental.

12. Ya comprendéis, señores, cuán importante es la cuestión de la herencia, cuánto merece tomarse en consideración en la vida social.

Y, sin embargo, apenas llama la atención de las familias. Se diría verdaderamente que algunas se ocupan en fomentar todo lo que puede desenvolver con exceso esta predisposición. Hace algunos días contrajeron matrimonio dos personas jóvenes; ambas habían estado enajenadas. La novia tenía hermanos y hermanas enajenados y su padre había muerto loco; el novio, su madre, tías y una de sus abuelas, atacadas de enfermedad mental. ¿Qué porvenir se espera á la descendencia de tal unión? Se estrema uno al pensar en las consecuencias que pueda acarrear la viciación de la raza humana, y está uno inclinado á preguntarse si no debería establecerse una ley prohibitiva que interviniera en semejantes casos.

Estas son las causas predisponentes que ante todo deben ocupar al médico.

La predisposición, no tan sólo es un gran elemento en la enajenación, sino que hasta puede decirse que existe cierta predisposición en toda persona atacada de esta enfermedad.

Esta afeción no se concibe sin una receptividad particular. Así, en una familia que yo supongo compuesta de siete hijos, cuya madre acaba de morir, puede ocurrir que uno de estos hijos pierda la razón á consecuencia de un acontecimiento doloroso, mientras que los otros hijos no sufren ninguna influencia fatal. Hay, pues, en este sujeto que se enajena algo que no existe en sus hermanos y hermanas.

13. Ya lo he dicho, la enajenación del entendimiento rara vez puede atribuirse á la acción de una sola causa; lo más frecuente es el resultado de una serie de sacudidas que han obrado sobre el organismo, y especialmente sobre el dominio moral. Se ha dicho muy bien que el germen de la locura se desenvuelve frecuentemente con lentitud; podría también añadirse que lo que se considera la mayor parte de las veces como una causa directa de esta enfermedad, no es más que la última impresión en el orden de una gran serie de sacudidas, en cuyo fondo encontráreis muy amenado la predisposición.

La predisposición desarrollada bajo el imperio de causas físicas, hace más eficaz la acción de las causas excitantes. La causa predisponente es muy poco rápida en su evolución; la causa excitante obra generalmente de una manera más inmediata.

Las causas excitantes, á su vez, son ordinariamente múltiples.

Con frecuencia hemos tenido que inscribir en nuestros registros diferentes agentes á la vez.

El terror, por ejemplo, ha producido en tal enfermo, cuyo tipo estaba enajenado, una fuerte conmoción moral y dado origen á una afeción mental.

Pero esta enfermedad se ha producido más de una vez espontáneamente en un sujeto cuya madre había estado enajenada.

Una primera impresión de terror ha dado por resultado quitar el sueño á un sujeto predispuesto.

Más tarde ha sufrido una nueva conmoción.

A esta causa primera se ha añadido un gran disgusto que ha provocado la tristeza.

Finalmente, una causa poco activa ha introducido el desorden en la moral, ya excitada y conmocionada fuertemente.

Añadid á esto las influencias viscerales que han obrado sobre la moral, como influencias predisponentes:

Las afecciones del corazón y de los pulmones,
las enfermedades del hígado y de los intestinos,
las anomalías particulares del aparato generador.

El uso excesivo de las bebidas, los placeres del amor, una vida disipada, el abuso de los medicamentos, han obrado frecuentemente al mismo tiempo en los sujetos u más ó ménos predispuestos.

Hé aquí cómo se presentan ordinariamente en nuestros registros las causas en su estado de asociación:

Impresionabilidad, disgustos prolongados, herencia.

Miseria, epilepsia, herencia.

Accesos anteriores, miseria, disgustos.

Contratiempos, bebidas, herencia.

Edad avanzada, disgustos, herencia.

Matrimonio, disgustos, terror religioso.

Mala conducta del marido, parto.

Desgracias en los negocios.

Temor religioso, hermana enajenada.

Masturbación, temores religiosos, padre enajenado.

Pérdida de dinero, mala conducta, bebidas.

Disgustos, diferencias de posición, etc.

Edad avanzada, muerte de una mujer, de un hijo, robo.

Madre, tía, hermanos enajenados.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
NOVENA PARTE

Notas.

Tócanos estudiar ahora si ambos sexos están dotados de igual receptividad para las enfermedades mentales.

Consultando los documentos administrativos de Bélgica, encon-

tramos que la cifra colectiva de los hombres supera en este país á la de las mujeres. Los últimos datos (10.º informe sobre la situación de los enjengados en Bélgica, pág. 411) marcan el número de los enjengados del sexo masculino en 4.108, de los cuales 2.793 están en los establecimientos y 1.315 con sus familias, mientras que el de las mujeres no se eleva más que á 3.704, de las cuales 2.811 están en los establecimientos y 893 retenidas en el seno de sus familias. Cosa notable, el número de mujeres colocadas en los establecimientos supera al de los hombres; podría, pues, pensarse con razón que la cifra de enjengados retenidos en el seno de sus familias no es tan exactamente conocida como la de los hombres, y que, en definitiva, la proporción es quizás sensiblemente la misma para los dos sexos. Además, agrupando los pacientes según las poblaciones aglomeradas en que viven, encontramos más mujeres enjengadas que hombres enjengados en las ciudades; se encuentra que las primeras están, respecto á los segundos, en la proporción de 80 por 62 en las clases menesterosas y de 32 por 26 en las clases medias.

De 1830 á 1840 entraron en los dos hospitales de Gante:

484 hombres.

576 mujeres.

Según una estadística hecha recientemente, hay en Holanda:

931 enjengados varones.

994 hembras.

2. Este resultado es inverso al que se encuentra en Inglaterra, en Suiza, en Italia y en Grecia, donde el número de enjengados varones supera al de las mujeres.

De 67.876 enjengados recibidos en diferentes establecimientos ingleses, según los estados confeccionados por una Comisión de inspectores, los hombres suministran una cifra de 53 y las mujeres de 47 por 100.

3. Sin embargo, en todas partes donde la mujer se distingue por la cultura de sus facultades, por su talento, por la rectitud de su juicio, por las preocupaciones políticas y financieras, adquiere mayor predisposición á las enfermedades mentales.

Nada más evidente que lo que decimos para la baja Italia. La mujer tiene allí otras ocupaciones que aquí ó en Francia; en aquel país carece de la importancia de que goza entre nosotros. Se casa muy jóven, y conserva más largo tiempo que nuestras mujeres

cierto caudor natural. Apenas se la instruye, y no se ocupa más que de sus hijos y de sus prácticas religiosas. No es coqueta; viste con descuido; sus maneras son naturales, sin ninguna afectación, todo lo cual produce un contraste sorprendente con el aire de importancia que se dan las mujeres en otros países. Los hombres constituyen una sociedad aparte; se les encuentra en todos lados, en los almacenes, en las factorías, en el mercado. Bajo este aspecto, la Italia, la baja Italia sobre todo, presenta un aspecto oriental diferente de la fisonomía de los países del Norte y de América, donde la mujer toma una parte tan activa en todos los trabajos, en todas las empresas de los hombres, y ocupa un rango muy elevado en la sociedad.

Allí donde sólo los hombres cuidan de todos los negocios, donde sólo ellos tienen la llave de la caja, donde casi no confían sus secretos á la mujer, donde ésta está casi reducida á la condición de odalisca, allí, repito, la encontrareis menos frecuentemente enjengada que al hombre.

Pero allí donde la mujer se encarga de la administración financiera de la familia,

allí donde se la ve en todas las tiendas, en todos los mostradores,

allí donde viaja,

allí donde su inteligencia está cultivada,

allí donde ella ostenta ricos adornos,

allí donde se mezcla en la sociedad de los hombres,

allí donde el marido la concede en los negocios domésticos una influencia igual á la suya, encontrareis á la mujer predispuesta como el hombre á las enfermedades mentales.

Así, no debéis partir de un error; no es el sexo lo que debe fijar vuestra atención, sino los modificadores que obran sobre las funciones físicas, á los cuales debe atribuírse esa predisposición de que hablamos y que pueden influir lo mismo sobre el hombre que sobre la mujer, según las condiciones intelectuales y morales en que ambos sexos viven.

4. Debe tenerse en consideración también la cifra de la población general, que puede ser más elevada para las mujeres que para los hombres. En la ciudad de Gante, por ejemplo, la población de mujeres es á la de los hombres como 55 á 50. Sin embargo, nacen más niños que niñas.

5. Existen algunas relaciones entre el sexo y ciertas formas morbosas. Así, las melancolías y los éxtasis se declaran con más frecuencia en las mujeres que en los hombres. La parálisis general, por el contrario, alcanza en los hombres una cifra muy superior á la que se observa en las mujeres.

6. Esta forma de demencia era muy frecuente en nuestros establecimientos hace algunos años; no hubiera sido difícil mostrarlos 20 ó 30 sujetos atacados de esta afección. Los autores franceses, que han sido los primeros en describir esta especie de enajenación, han evaluado los sujetos atacados en los establecimientos en 1/3 en los hombres y en 1/35 en las mujeres. Pues bien, no es asombroso que aquí, en el número de dementes paralticos, vaya decreciendo, de 10 años á esta parte, hasta el punto de que, en una población de enajenados bastante numerosa, sería difícil de encontrar más de 0.04 de hombres y 0.02 de mujeres atacadas de parálisis general.

¿Puede explicarse esta desaparición de las parálisis por disminuir también el número de personas de costumbres licenciosas entre nuestros obreros, á consecuencia de los años calamitosos que acabamos de atravesar? Debe atribuirse, pues, la parálisis general á las comodidades en la vida, y particularmente á las épocas de prosperidad y de bienestar para la clase obrera? Yo así lo creo. Recordáreis que la disipación, la inmoralidad, el abuso de las bebidas, son las causas que más favorecen el desenvolvimiento de esta enfermedad en las personas acomodadas. Ahora bien, debó reconocer que, en nuestros establecimientos destinados á los enajenados pensionistas, no se observa ese decrecimiento en la cifra de las parálisis; entre los hombres continúa presentándose en grandes proporciones: 14 por 100 en los hombres y 3 por 100 en las mujeres.

Edades.

Hé aquí las anotaciones que he hecho relativamente á la edad:

1. Mis estadísticas están conformes con todas las que han reunido los médicos alienistas, en el sentido de que, ántes de la época de la pubertad, son raros los casos de frenopatías, exceptuando, sin embargo, los de idiotismo ó imbecilidad. No obstante, yo poseo en mis notas muchos ejemplos notables de niños maniacos ántes de la edad de la adolescencia. Yo he visto sujetos de tres ó cuatro años de edad tan sólo, que hasta entónces habían demostrado mucha inteligencia, y hasta un desarrollo precoz de todas las facultades del

entendimiento, experimentar de pronto un cambio en el carácter, ponerse primero tristes, luego exaltados, violentos y ofrecer en las facciones los signos de un extravío intelectual. Yo he visto durar esta situación algunos meses, disiparse luego y ser reemplazada por un estado completamente normal. Es más, he visto manifestarse este estado maniaco en muchos niños de una misma familia, en la cual, sin embargo, no es hereditaria la enajenación mental.

2. A contar desde la edad de 17 años, la enajenación mental viene á ser una enfermedad peculiar al género humano, y se manifiesta desde este período de la vida hasta la más avanzada vejez.

3. Las admisiones se efectúan, en los cuadros etiológicos de nuestros establecimientos, de la siguiente manera:

De 10 á 20 años se observan algunos casos aislados.

De 20 á 30 se llenan los cuadros de pronto.

De 30 á 40 hay afluencia, hay una multitud.

De 40 á 50 decrece la cifra, pero recuerda la de 20 á 30 años.

En las mujeres de 50 á 60 años hay una recrudescencia en las entradas.

Después las admisiones van disminuyendo.

4. Lo más común es observar en nuestros cuadros un aumento en el ingreso entre 40 y 50 años.

5. De una estadística hecha de todos los establecimientos de enajenados de Inglaterra, resulta que de los 30 á los 50 años es cuando se cuentan más enajenados, y que en la serie de años de 30 á 40 es mayor que en la de 20 á 30; pero el período entre 20-30 es superior al de 40-50.

6. El mayor número de enajenaciones mentales primitivas, se producen de los 30 á los 40 años. Esta es la edad de los grandes cuidados domésticos, y, sobre todo, el período de 30 á 50 años es el más crítico en la vida y el que más expone al hombre á las enfermedades morales.

7. Según la apreciación de M. Parchappe, para el hombre es de los 30 á los 40 años, y para la mujer de los 40 á los 50.

Sus cálculos corresponden á la evaluación generalmente admitida. El hombre está particularmente dispuesto á contraer las afecciones mentales en el meridiano de su vida, ó sea á los 35 años.

Sin embargo, en los establecimientos entran más personas hácia la edad de 40 años.

8. Esquirol parte del principio de que la disposición á las enfer-

medios mentales, en lugar de decrecer en la edad de retorno, aumenta en este período de la vida. El número de los enajenados estaría en este caso en proporción de la cifra de la población general.

M. Quételet ha combatido esta aserción de Esquirol en sus *Recherches sur le penchant au crime aux différents âges*. Apoyándose en la tabla de la población del *Annuaire du bureau des longitudes*, prueba que el maximum del número de enajenados se encuentra entre los 40 y 50 años.

M. Thurnam no ha admitido tampoco la conclusión de Esquirol respecto al aumento de la enajenación en relación a los progresos de la edad.

Otra consideración confirmaría más ó ménos la aserción del célebre frenopata francés.

Es que de los 40 á los 60 años hay más personas que han experimentado recidivas que de los 20 á los 40 años. En la edad crítica vuelven al establecimiento lo más frecuentemente los individuos que ya han estado enajenados.

Las personas de 40 á 60 años de edad forman la gran masa de la población estacionaria de los asilos.

9. En resumen, cuando principia la vida individual del hombre, es cuando la enajenación viene también á manifestarse en él. En la época de su emigración, de su emancipación doméstica, cuando se separa del tronco de su familia para constituir una familia nueva, es cuando está sujeto á esta enfermedad.

Así es que se la ve aumentarse en razon de las preocupaciones que ocasiona la familia.

La indolencia, la apatía, la indiferencia, parece ser un preservativo contra esta afección; con efecto, la infancia no está sujeta á este género de enfermedades.

Los casos de enajenación mental empiezan á mostrarse después de la pubertad. Este punto de partida consiste en el desarrollo de los sentimientos afectivos, en las relaciones de familia, en las necesidades que el hombre se crea y en los excesos á que se entrega.

Antes de la pubertad se encuentran casos de imbecilidad y de filitismo. Pero es muy raro observar en esta época melancólicos, maníacos, locos y delirantes. No obstante, se encuentra algun caso, como ya he tenido ocasión de decirlo.

Es raro que la melancolía se declare en la juventud.

La manía se presenta un poco más amenudo, sobre todo en los sujetos epilépticos.

Ya hemos visto que la vezania homicida se anuncia en una edad muy temprana. Yo he observado diferentes casos de suicidio en los niños.

Algunas veces se han manifestado alucinaciones en una edad muy joven.

Repito, sin embargo, que todos estos hechos constituyen casos excepcionales.

Hay una correlación entre la edad y la forma de la enajenación mental; en las mujeres la melancolía es frecuente y se presenta amenudo en la edad de la menopausia; la demencia es más frecuente de los 40 á los 60 años que de los 20 á los 40. La demencia parali-forma aumenta á partir de los 30 años; de los 30 á los 40 suministra la cifra más elevada.

Estado civil.

Entre 225 admisiones efectuadas en los establecimientos de esta ciudad, he encontrado:

139 célibes,	0,61
66 casados,	0,27
20 viudos ó viudas,	0,07

La influencia del celibato sobre el desenvolvimiento de la predisposición se hace sentir más poderosamente en las mujeres que en los hombres, sobre todo en los últimos años; en las primeras se presenta en la proporción de 6 es á 5.

Es evidente que la mujer soltera sufre más en esta situación que el hombre célibe.

No se ha encontrado ya la misma influencia en la viudez. Esta influencia ha sido para las mujeres, respecto á los hombres, en la proporción de 9 á 18.

El hombre, pues, ha soportado peor la viudez que la mujer.

En la clase acomodada la viudez ha sido ménos penosa que en la clase pobre; se ha ofrecido como 5 es á 7.

Lo mismo ha sucedido respecto al celibato; se ha presentado en las clases elevadas de la sociedad, relativamente á las pobres, como 5 es á 6.

Notad, sin embargo, que para poder sacar de estos datos deducciones rigurosas, sería necesario poder ponerlos en relación con

los de los célibes para la población general. En este momento carezco de estos datos.

Profesiones.

Se han hecho un considerable número de cuadros, relativamente á las diferentes profesiones de los enajenados. Pero no han conducido á ningún resultado concluyente bajo el punto de vista de la estadística. La observación que acabo de hacerlos respecto á las edades y al estado civil, se aplica también á la materia que nos ocupa en este momento; sería necesario poder poner las profesiones en relación con la población general antes de establecer la proporción entre aquellas y el estado frenopático; pero en los países que habitamos surgen para ello obstáculos insuperables.

Epoca del año, climas.

1. La estadística comprueba cierta influencia de las estaciones sobre la cifra de las admisiones efectuadas en los establecimientos. En todos los meses del año se reciben enfermos; pero está bien demostrado que las admisiones son más numerosas en las primaveras y en la entrada del verano.

Ast, en una serie de 224 ingresos efectuados en nuestros establecimientos reñidos, 23 ocurrieron en el mes de Mayo, mientras que la cifra de las admisiones oscila, en todos los demás meses, entre 17 y 20. En la primavera he recibido 611 enajenados; en el verano, 55; en otoño, 58, y en invierno, 50.

El ingreso del enajenado en los establecimientos no es, propiamente hablando, el momento del desarrollo de su enfermedad; ésta tiene comunmente su período de incubación; muy a menudo ha durado un tiempo muy largo antes de haberse resuelto á hacer entrar al enfermo en un establecimiento. Otro tanto ocurre con las salidas. El mayor número de altas se efectúa hacia la entrada del invierno, mientras que las curaciones se dejan ya sentir después de los fuertes calores.

2. El estado atmosférico, que obra sobre toda enfermedad nerviosa, ejerce una influencia muy notable sobre los enajenados, y especialmente sobre los melancólicos hipocondríacos; las exacerbaciones y las remisiones corresponden frecuentemente á los cambios de la temperatura exterior, á los tiempos secos y lluviosos, á la dirección del viento, á las tempestades, al estado eléctrico del aire, etc.

Debe, pues, evidentemente haber relaciones entre el calor atmosférico y el desorden intelectual.

Las vesanias periódicas se presentan particularmente en las primaveras.

El calor atmosférico produce agitación en los enajenados; el descenso de la temperatura, por el contrario, les calma frecuentemente.

Sin embargo, no se cuentan más casos de enajenación mental en los climas cálidos que en los fríos. Esto prueba que este excitante obra más bien sobre la predisposición que sobre la enfermedad misma.

3. Falta todavía resolver si el calor atmosférico obra sobre el sistema cerebral en virtud del calorico, ó bien si su acción es debida á su agente luminoso.

La influencia de la luz es poderosísima sobre el reino orgánico. Allí donde la luz desaparece, la vegetación sufre la condición de una monstruosidad, los animales se deterioran.

En general los enajenados se calman hacia la caída de la tarde y están más agitados durante el día.

No es ménos cierto que la acción intensa del calor de las estufas y de los hornos influye de una manera nociva sobre las funciones intelectuales. Predispone á la parálisis general.

4. En los países cálidos, en Italia por ejemplo, no es muy raro observar enajenaciones producidas por la insolación. En los obreros sobre todo, en la época de las vendimias, puede comprobarse esta causa. En una serie de 149 agentes físicos, el Sr. Bertolini ha encontrado la insolación figurando en ocho casos.

Yo podría probaros, con mis libros de anotaciones del año 1846, que esta causa se ha presentado aquí algunas veces. Durante este año tuvimos grandes calores, un cielo muy puro, muy bello y un tiempo muy seco.

5. Algunos autores, entre ellos Daquin, han hablado de la acción que ejerce la luna sobre los enajenados. Engelken la admite en ciertos casos. Yo he referido, por otra parte, la historia de un enajenado, en el cual se reconocía de las fases lunares. Este enfermo era atacado de manía cada 28 días.

Entre nuestras mujeres enajenadas tenemos una maniaca de 60 años de edad. Su enfermedad es periódica, y los retornos de su afección corresponden á los plenilunios. Últimamente he comprobado

este hecho todavía; después de un intervalo lúcido de un mes, la explosión de su enfermedad invadía el día de luna nueva; ya la víspera, ya tres ó cuatro días antes de este acceso de manía, la enferma había presentado síntomas prodromícos.

Termino aquí estas reflexiones, que he creído de mi deber someter á vuestra consideración, á fin de que podáis juzgar de la parte que tienen los modificadores etiológicos en la producción de las alteraciones mentales.

He examinado con detención y en todos sus detalles la cuestión que concierne á estos agentes, deseando facilitar la interpretación de los fenómenos y de las causas, lo cual será objeto de la próxima lección.

Obras que pueden consultarse:

1. Haslam: *On madness*, 1809.
2. Ballaran: *An inquiry into the causes and cure of insanity*, 1810.
3. Saitou: *Traité de délium tremens*, 1817.
4. Bayet: *De irium tremens*, 1817.
5. Esquirol: *Dictionnaire des sciences médicales. — Maladies ment.*, 1838.
6. Georget: *De la Folie*, 1843.
— *Causes morales et physiques de la Folie*. Dict. en 2º vol.
7. Voisin: *Des causes morales et physiques des maladies mentales*, 1826.
8. St. Piel: *Recherches sur les causes physiques de l'aliénation mentale*, 1836.
9. Burrows: *Commentaries on the causes, etc., of insanity*, 1838.
10. Lovell: *De la folie des ivrognes. — Mémoires de l'Académie Royale de Médecine de Paris*, 1828.
11. Fletcher: *Sketches of the mind on the body*, 1833.
12. Friedreich: *Allgemeine Diagnostik der psychischen Krankheiten*, 1842.
13. Gashin: *Traité sur les phosphates*, 1843.
— *Lettres médicales sur l'Italie*, 1840.
14. Belliomaire: *Considérations sur l'influence des événements politiques sur le développement de l'aliénation mentale. — Bulletin de la Société médico-pratique de Paris*, 1841.
— *Effet d'émotions politiques sur la folie*, 1842.
15. Bertolini: *Prospetto statistico clinico psichiatrico*, 1837.
16. Jansen: *Arztliche Erfahrungen in der Irrenanstalt bei Solbenwig*.
17. Richard: *On insanity and other disorders affecting the mind*, 1835.
18. Bonaccosa: *Saggio statistico del regio manicomio di Torino*, 1837.

19. Browne: *What asylums were, are, and ought to be*, 1837.
— *Some notes upon the hereditary tendency to mental disease. — Phrenical Journal*, números 68 y 69.
20. Parchappe: *Recherches sur l'encéphale*, 1839.
21. Ellis: *On Insanity*, 1839, traducción de Archambault, 1849.
22. Burnam: *Statistics of the Retreat near York*, 1841.
23. Baillarger: *Recherches statistiques sur l'hérédité de la folie. — Bulletin de l'Académie royale de Médecine.*
— *De l'influence de l'érysipèle de la face et du cuir chevelu sur la production de la paralysie générale. — An. méd. psych.*, 1849.
— *Sur les causes de la fréquence de la folie chez les prisonniers*, 1840.
24. Brierre de Boisson: *Maladies mentales. — Bibliothèque du médecin praticien*, tomo IX, 1849.
— *Mémoire sur l'influence de la civilisation. — Annales d'hygiène*, 1839.
— *Sur le développement de la folie.*
— *Sur l'influence des derniers événements. — Union médicale.*
— *Sur les folies épidémiques. — Idem.*
— *Recherches bibliographiques et cliniques sur la folie puerpérale, etc.*
— *Recherches sur l'aliénation mentale des enfants et particulièrement des jeunes gens*, 1858.
25. Ramaer: *Over den terugkoer der Krankzinnigheid*,
— *Dronkenschap en Krankzinnigheid*, 1852.
26. Schroeder van der Kolk et Foith: *Generkundig overzicht del verbeteringen tot de gestichten van Kankzinnigen*, 1858, 1859.
27. Schreeder van der Kolk: *Over het fijner kansenstelsel en werking van het verlengde mery en oover de naasts oorzaak der epilepsie en hare behandeling*, 1857.
28. Groddeck: *Der Demokratique Krankheit*, 1859.
— *De la maladie démocratique*, 1859.
29. Morison: *Outlines of lectures on the nature, causes and treatment of insanity*.
30. Wehsier: *Statistique de l'Hospice de Boillam. — Ann. médico-psychol.*
31. Lucas: *Traité philosophique et physiologique de l'hérédité.*
32. Meyer: *De morbis et cultura et conditione societatis profectis.*
33. Willers Jessen: *Ueber die convulsionen unter den Jansenisten, en el Zeitschrift für Psychiatrie von Dameron, etc.*
34. Robertson: *Remarks on insanity, the result of injury to the Head. — Northern Journal of Medicine*, 1846.
35. Jarvis: *On Insanity in the sexes*, 1850.

36. Dagonet: *Service médical de l'asile public de Stephansfeld pendant l'année 1854.*
37. Evers: *Verslag over het geestich Metrenberg, 1854.*
38. Morton de Tours: *Mémoire sur les causes prédisposantes héréditaires de l'aliénation et de l'imbécillité, 1856.*
39. Laisseau: *De la folie sympathique, 1856.*
40. Sanze: *Recherches sur la folie sentimentale, 1857.*
41. Boel: *Al's kranten lunzieken, 1858.*
42. Ludwig Schlager: *Die Bedeutung des menstrialprocesses und seiner Anomalien für die Entwicklung und der Verlauf der Psychischen störungen. — Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1858.*
43. Albers: *Die syphilis des Gehirns und die daraus hervorgehenden Nerven- und Psychischen Leiden. — Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1859.*
44. Davy: *Relations between crime and Insanity. — Journal of mental science, 1859.*
45. Zamboni: *Des affections nerveuses syphilitiques, 1872.*
46. Lentz: *Statistique des aliénés en Belgique, 1862.*
47. Morel: *De la folie héréditaire, 1862.*
— *Hérédité morbide progressive, 1869.*
— *Traité des maladies mentales, 1872.*
48. Rötter: *Die Seelenstörungen Einzelhaft. — Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1864.*
49. Maudsley: *Considerations with regard to hereditary influence. — Journal of ment. science, 1863.*
— *On some causes of Insanity. — Journ. of ment. science, 1866.*
— *The alleged increase of Insanity, 1878.*
50. Nasse: *Neue Beobachtungen über den Einfluss des Wechselfiebers auf den Irresin. — Allgem. Zeitsch. für Psych., 1864.*
— *Ueber die Beziehung zwischen Typhus und Irresin. — Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 1870.*
51. Jung: *Untersuchungen über der Erbllichkeit der Seelenstörungen. — Allgemeine Zeitsch. für Psych., 1864.*
52. Sica: *Clinical cases, 1866.*
— *Insanity caused by Sunstroke, 1866.*
53. Mesnel: *Physiologie pathologique du cerveau chez les cholériques. — Annuaire médico-psych., 1865.*
54. Thore: *De la chorée dans ses rapports avec l'aliénation mentale. — Annales médico-psych., 1865.*

55. Lefebvre: *De l'augmentation du nombre des aliénés, 1866.*
56. Lunier: *De l'augmentation progressive du chiffre des aliénés et de ses causes. — Ann. médico-psych., 1867.*
— *De rôle que jouent les boissons alcooliques dans l'augmentation de la folie et des suicides. — Ann. médico-psych., 1872.*
— *Influence des grandes commotions publiques et sociales sur le développement des maladies mentales. — Ann. médico-psych., 1877.*
57. Gelesinger: *Des rapports qui existent entre les maladies mentales et les autres affections du système nerveux. — Ann. médico-psych., 1867.*
58. B. C. Ingels: *Recherches statistiques, 1867 y 1872.*
— *Un cas de paralysie saturnine, 1870.*
— *Deux faits cliniques relatifs à l'influence de la goutte comme cause de maladie mentale, 1862.*
59. Lucas: *De l'hérédité naturelle dans les états de santé et de maladie du système nerveux.*
60. Koppe: *Gehörhallucinationen und Psychosen. — Allgem. Zeitschrift für Psych., 1867.*
61. Wille: *Pneumonie und Psychosen. — Allgem. Zeitsch. für Psych., 1867.*
— *Syphilitische Psychosen. — Allg. Zeitsch. für Psych., 1873 y 1870.*
62. Von Kraft-Ebing: *Geistes der Schwügeren. — Erndreich's Blätter, 1868.*
— *Ueber Irresin durch Onanie.*
— *Erblichkeit der Seelenstörungen, 1869.*
— *Untersuchungen über Irresin zur Zeit der menstruation. — Archiv. für Psychiatrie, 1878.*
63. Lockard Robertson: *The alleged increase of Insanity. — Journal of mental science, 1869, 1870 y 1874.*
64. Hergt: *Frauenkrankheiten und Seelenstörungen. — Allgem. Zeitsch. für Psychiatrie, 1870.*
65. Anstis: *On certain nervous diseases of old persons. — Journal of mental science, 1874.*
66. Crichton Browne: *Cranial injuries and mental diseases, 1871.*
— *The hereditary conexiones between certain nervous diseases. — Journ. of mental science, 1872.*
67. James Cox: *On the causes of insanity and the means of checking its growth. — Journ. of mental science, 1872.*
68. Cévise: *Des fonctions et des maladies nerveuses dans leurs rapports avec l'éducation, 1872.*
69. Luys: *Etudes de physiologie et de pathologie cérébrale, 1873.*
70. Magnan: *De l'alecolisme et des diverses formes de délire alcoolique, 1874.*

71. Hughlin Jackson: *Nervous symptoms in cases of congenital syphilis.*— *Journal of mental science*, 1874-1875.
72. F. Maccabe: *On mental strain and overwork*, 1875-1876.
73. Moos: *Über Veränderung des Halses von jugularis und deren Beziehung zur Entstehung von Gehörhallucinationen.*— *Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie*, 1875.
74. Remak: *Zur Pathogenese der Bleihemungen.*— *Archiv. für Psych.*, 1875.
75. Erlen: *Hysterisches und hysterisch-epileptisches Irresein.*— *Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie*, 1876.
76. Fournier: *Symptôme cérébrale*, 1879.
77. Todos los tratados generales de psicología mencionados anteriormente.

LECCION VIGÉSIMASEGUNDA

INTERPRETACIÓN DE LOS HECHOS. — DE LA UTILIDAD QUE HAY EN ESTABLECER UNA PATOGÉNICIA MENTAL.

SÍNTOMAS:

Las consideraciones que me propongo abordar tienden a desarrollar un caso.

Dichas consideraciones tienen por objeto buscar, entre los numerosos síntomas que acabamos de examinar, algunas deducciones fundamentales, algunos principios que puedan guiarnos en la apreciación de los fenómenos íntimos del estado frenopático.

Yo deseo combatir una idea generalmente admitida, á saber: que la enfermedad mental, en su esencia, es una afección del dominio de lo que se llama vulgarmente espíritu. Voy á intentar demostrar que, en la mayor parte de los casos, la enajenación se establece en la moral del hombre por el corazón y no por el espíritu. Me esforzaré en indicar la filiación patogénica que creo existe entre los diferentes fenómenos que constituyen este estado y en hacerlos comprender cómo hacen los unos de los otros. Este orden de ideas nos conducirá al terreno de la psicología, no de esa ideología especulativa que no se apoya sobre los hechos, sino de la que, en último resultado, no es más que una interpretación fisiológica de los fenómenos observados.

PRIMERA PARTE

LA INTERPRETACION DE LOS HECHOS CONDUCE A RECONOCER QUE, GENERALMENTE, EN LAS ENFERMEDADES MENTALES HA SUFRIDO LA MORAL UNA IMPRESION DOLOROSA, Y QUE DEBE CONSIDERARSE COMO UN ELEMENTO FUNDAMENTAL DE ESTAS AFECIONES UN ESTADO DE IMPRISIONABILIDAD MORBOSA.

1. Hay en la enajenacion mental un factor patológico, un elemento morboso de donde proceden otros elementos patológicos secundarios, terciarios, etc. Para llegar al conocimiento de este factor, de esta lesión fundamental, es necesario estudiar el mal en su fase prodromica, inicial, y poner ésta en relacion con las causas ocasionales de la enfermedad.

2. De 100 admisiones he dicho haber observado 66 veces las causas frénicas, morales, psíquicas.

Entre 100 causas morales, he encontrado 85 veces adversidades, sobre todo reveses de la fortuna, y 35 veces desgracias de familia.

En la misma cifra he observado 11 impresiones morales rápidas y violentas.

Ahora bien, el análisis de estos modificadores nos permite distinguir un haz etiológico compacto, que sólo comprenda, fijos bien en ello, impresiones penosas, variedades del dolor. Esto es:

Heridas sufridas en el amor propio,
 inquietudes relativas á la fortuna,
 una irresolucion respecto al partido que debia tomarse,
 un desengaño despues de grandes esperanzas,
 inquietudes relativas á los asuntos de la familia,
 una contrariedad inesperada,
 un temor duradero,
 un arrepentimiento profundo,
 un sobrecogimiento,
 un espanto,
 un terror.

2. Las causas llamadas físicas, se encuentran en mayor ó menor número en todos los cuadros etiológicos.

Estas son:

La preñez,
 el parto,
 la apoplejía,
 las fiebres,
 la edad avanzada,
 la accion de un veneno,
 el calor de una estufa,
 las enfermedades eruptivas,
 los vermes intestinales,
 las enfermedades gotosas,
 las afecciones reumáticas,
 las afecciones sífilíticas,
 las influencias saturninas.

Consideradas colectivamente, estas causas ofrecen una cifra considerable. Pero su importancia desaparece desde que se las considera á cada una de ellas individualmente; cada orden de causas no forma ya entonces más que un número muy reducido.

3. Los factores más intensos, los más numerosos, son:

Los disgustos de familia,
 los reveses en general.

Las impresiones, los estímulos que determinan en la moral una sobreexcitacion, son tambien factores de la predisposicion.

Constituido así el sujeto, se emociona á la menor contrariedad, llora y se desespera por motivos que nada afectarían á los demas.

Todas estas impresiones interesan un sentido especial, un sentido moral, la emocion.

4. Este sentido se encuentra en relacion con la edad; á partir de la pubertad su evolucion se anuncia por una excitabilidad frénica especial.

La impresionabilidad del hombre parece disminuir desde que ha pasado de la adolescencia. El niño llora, rie, se asusta por el motivo más frívolo; pero en la pubertad esta propension á la tristeza, al gozo, al terror, disminuye ó desaparece. El hombre se hace más serio, más grave, más positivista; pero también más sensible en cierta esfera de su moral.

Entonces comienza para él la edad de las fuertes conmociones. Experimenta emociones que no conoce siendo niño.

Es que con la pubertad se desenvuelve una sensibilidad, una excitabilidad nueva.

En esta época de la vida se establece, como hemos visto, la predisposición á las enfermedades mentales.

Quisiera recordároslo bien: es á la manifestación de un sentido nuevo, psíquico, desarrollado por la educación y la civilización, á lo que debe atribuirse esta aparición de las frenopatías hacia la pubertad.

La ausencia de este sentido explica por qué la niñez está exenta de las enfermedades mentales.

Los niños de uno ú otro sexo no aman á sus padres como éstos á ellos. Las madres pierden frecuentemente la razón por la muerte de un hijo; el hijo no conserva un recuerdo duradero de la pérdida de sus padres. El niño no conoce las inquietudes é ignora las adversidades de la vida. En cambio á los padres les está reservado el sobrellevar el peso de los infortunios.

Antes de la pubertad, las relaciones sexuales no tienen ni grandes atracciones ni grandes repulsiones; los odios, los celos que parten de los órganos genésicos, son desconocidos en la infancia.

La pubertad es un manantial de afecciones, de abnegación, de sacrificios, de sentimientos tiernos, de pasiones violentas, de actos monstruosos.

5. Este sentido, esta impresionabilidad moral á que yo refiero las causas que predisponen al hombre á los extravíos del entendimiento, no pertenece al orden de las sensaciones propiamente dichas.

Las causas de las frenopatías no penetran en el entendimiento como los olores, los colores, los sabores, las impresiones táctiles.

No penetran tampoco pasando por las concepciones.

No se introducen por medio de las ideas por la imaginación.

Un sujeto no se aliena ejercitando su inteligencia, su memoria, cultivando las artes, las ciencias, entregándose á todo el fuego de su imaginación si la excitación de estas facultades no despierta odios ó celos, si no ocasiona revesas, quebrantos, si no compromete la dicha, si no tiene relaciones con los medios de existencia del artista, del hombre de genio.

Se ha dicho frecuentemente que los pintores y los poetas parecen tener en el carácter un gérmen de locura. Pero no interpretéis

equivocadamente esta asercion; evidentemente se ha querido designar con ello una especie de originalidad ó de excentricidad de carácter; esta locura no es la que se ve en nuestros establecimientos. Es una efervescencia del pensamiento y no una enajenacion morbosa. Y si el ejercicio desmesurado de la inteligencia conduce al desorden mental, esto no sucede sino en casos completamente excepcionales, ó como condicion favorable al desenvolvimiento de una disposicion especial.

SEGUNDA PARTE

CÓMO DEBE COMPRENDERSE LA SENSIBILIDAD MORAL — NECESIDAD DE ADMITIR UN SENTIDO ESPECIAL, ORIGEN DE LAS EMOCIONES.

La sensibilidad moral, esa cuerda que vibra con tanta fuerza, es un punto de partida en los actos conservadores como en los actos libres. Esta sensibilidad se identifica estrechamente con nuestros más caros intereses. Es en más de una ocasion la fuente de nuestras pasiones. La razón y la imaginación sacan muchas veces de ella los motivos; la última, sobre todo, toma a menudo de este sentido moral sus más bellos colores, sus tonos más vigorosos y sus concepciones más atrevidas.

Este sentido, que se ha llamado psíquico, crea en el hombre esas dos situaciones de su ser moral que él designa con las palabras de

felicidad,

desgracia.

De la sensibilidad es, con efecto, de donde se origina su dicha y su desgracia.

En sus manifestaciones se encuentra la ternura, el contento, la emoción, el gozo, la amistad, el amor.

Heinroth ha definido perfectamente este sentido cuando dice que se refiere á la facultad que hace al hombre apto para experi-

mentar el gozo y el disgusto (*Was man sonst der inneren Empfänglichkeit der Menschen für Freude und Leid für einem Namen geben will*).

Es una sensibilidad en la cual se encuentra:

- El amor á Dios y á las cosas divinas,
- el amor á la conservacion moral y física,
- el amor platónico,
- el amor genésico,
- el amor paternal,
- el amor maternal,
- el amor filial,
- el amor al bien,
- el amor á lo bueno,
- el amor á las riquezas,
- el amor á los placeres.

Esta sensibilidad se reconoce en todos los que se llaman amigos de un arte, de una ciencia; en los entusiastas por la música, en los filántropos, en los partidarios de una idea ó de un sistema.

2. Yo he dado á esta sensibilidad la calificación de afectiva, y he llamado á su factor *sensitiva afectiva*.

Es, en efecto, una *afecion*.

Una afecion, por ejemplo, en el hombre que está en paz consigo mismo, que está exento de toda contrariedad. Este bienestar que disfruta es un modo de sentir moralmente, una manera de experimentar la dicha, de ser afectado.

3. Lo que sin duda os parecerá extraño es que, en el idioma de que nos servimos para expresar nuestro pensamiento, no encontremos un sustantivo que designe esta naturaleza impresionable de nuestra moral, que Enumeroser dice ser la fuente misteriosa de las fuerzas del alma (1). El atributo en cuestion está siempre indicado en las locuciones que se refieren á fenómenos que no son los que importa comprobar. Esta observacion justifica la asercion de Pinel, quien pretende que la lengua francesa es pobre para expresar los diversos matices de los versimias.

Las razas germánicas poseen la palabra en cuestion.

(1) Tampoco nosotros encontramos una palabra para expresar esta idea, para designar esa *impresionabilidad* á que alude el Dr. Guislain. — (N. de los T.)

El alemán tiene la palabra *gemüth* (1).

La lengua flamenco y la lengua holandesa tienen el equivalente de esta palabra, *gemoot*.

Los ingleses la confunden generalmente con *moral*.

Es, por decirlo así, el *ánimos* de los romanos.

El *Thimos* (θίμος) de los griegos.

Es casi el *corazon*, en su acepcion moral; se dice tener corazon, tener un corazon compasivo, un corazon sensible, un corazon tierno, un corazon bueno, no tener corazon, no tener entrañas, ser un hombre sin corazon.

Es el sentido que crea las *emociones*, es el *sentido emocionante*, el *sentido afectivo*, *sentido de las emociones* (*sens émotif*).

Esta última calificación, que apenas se usa, es quizás la que mejor expresa el atributo moral de que hablamos. Es de desear que sea generalmente admitida. Hace largo tiempo que nosotros la empleamos, y últimamente el Dr. Cérise, en una carta al Dr. Louget, se ha servido de este mismo término para designar un fenómeno moral que recuerda el de que nos ocupamos.

Ahora bien; para haceros comprender el valor funcional de este sentido, me es necesario recurrir á las imagenes, á las ideas de situación.

Así, el *gemüth*, el sentido afectivo, emocionante, la sensibilidad emotiva (*emotional sensibility* de Daniel Noble), está excitada en la persona que se indigna á la idea de un acto de injusticia; lo está en en el que se afecta por el sentimiento de la commiseracion y de la benevolencia; de una persona así se dice que todo es sentimiento.

Este sentido se reconoce en el disgusto que se reprime y en el gozo que estalla.

Está en la lentitud, en la honradez.

Se descubre en el amor al bien.

Está en el fondo de lo que nos hace sentir todo lo que nos es querido.

Se le representa continuamente en los dramas y en las tragedias.

El *gemüth* hace verter lagrimas de tristeza, de gozo, de admiracion, de entusiasmo.

(1) *Gemüth*, en alemán, tiene los siguientes equivalentes en español: alma, espíritu, corazon (en sentido figurado); genio, carácter. Algunos de estos conceptos se expresan también en las palabras *herz* y *muth*. — (N. de los T.)

Se le encuentra en el dolor de una madre á quien la muerte acaba de arrebatara su hijo, en las congijas del hombre que ha perdido su honor y su fortuna, en la agitacion de la jóven esposa á quien el matrimonio ha sumido en el infortunio.

Se encuentra en la indignacion que de mí se apodera al ver que se le falta al respeto á un anciano.

Reconozco este sentido cuando oigo relatar un hecho heroico, un acto caritativo, cuando, en circunstancias solennes, veo á niños todavía obtener el premio de la virtud y del trabajo intelectual, á hombres que reciben la bendicion paterna, á la muchedumbre agruparse alrededor de un príncipe á quien ama, al cristiano rogar ante la imagen del Salvador.

En tales situaciones experimento yo no sé qué estremecimiento en mi interior, qué constriccion en la garganta, qué sensibilidad en los ojos, qué opresion de corazon, qué comocion interior viva y profunda, qué impresion en lo que se llama el centro frénico. Por esto es por lo que Carus ha dicho con razon que *herz* y *muth* son sinónimos.

Heinroth, en sus *Seelenstörungen*, ha escrito páginas admirables sobre este sentido moral; tiene ademas el mérito de haber sido el primero en hacer resaltar la importancia de este orden de nociones en el estudio de las enfermedades mentales; ha tratado de este sentido en su *Ochlobiotik* bajo el título de *Das richtige Gemüthsleben*. Ha dicho que el sentido moral, el sentido afectivo, el sentido de las emociones es el *punctum saliens* del alma, su punto central, su núcleo vital (*dass das Gemüthsleben der lebendige Kern und Mittelpunkt, gleichsam das punctum saliens unseres Seelenlebens ist*).

A fin de hacer comprender ante todo que el alma, ser que piensa, voluntad libre, es tambien un elemento sensible, ha indicado la diferencia que existe sobre este punto entre los hombres: los unos experimentando emociones por el motivo más insignificante, los otros permaneciendo insensibles á la alegría y al disgusto. Esta diferencia constituye, segun el célebre escritor cuyas ideas reproduczo en este momento, la escala gradnal de la intensidad con que se manifiesta la sensibilidad afectiva: *der Grad der Lebendigkeit des gemüths*.

Lenhossck ha escrito dos grandes volúmenes sobre *Darstellungen des menschlichen gemüths*.

La obra de Eismoser publicada recientemente, contiene tam-

bien consideraciones muy interesantes sobre los atributos de este sentido frénico.—Véase *Der Geist des Menschen in der Natur, oder die Psychologie in Uebereinstimmung mit der Naturkunde*.—Véase el artículo *Von dem Gemüthe und seiner Stimmungen*.

Griesinger, en su tratado de las *Psychischen Krankheiten*, merece tambien citarse entre los que han fijado la atencion sobre el atributo moral de que se trata, y que él llama el *psychische tonus*, el tono psíquico.

Pueden tambien adquirirse nociones sobre esta materia en los voluminosos trabajos de Häser, titulados *Grundrisse der seelenheilkunde*.

Lotze en sus diversos trabajos, y últimamente sobre todo en su obra titulada *Melancholische psychologie oder physiologie der seele*, ha entrado en detalles interesantes sobre el objeto que nos ocupa.

Jessen, en una magistral apreciacion filosofica de la psicología (*Versuch einer wissenschaftlichen Begründung der Psychologie*, 1855), ha puesto perfectamente de manifiesto el antagonismo que existe entre lo que se ha llamado espíritu y el corazon.

Véase tambien Husehke, *Schädel, Hirn und seele*, 1854.

En general casi todos los frenopatas alemanes establecen categorías especiales para lo que ellos llaman los *gemüthsbranke* y los *geistesbranke*; esto es, los enfermos atacados en sus emociones y los atacados en su carácter.

A esta esfera del sentimiento llegan las impresiones viscerales, fisiológicas ó morbosas. Es el bienestar sentido por el hombre que se encuentra bien, el humor sombrío de aquel cuyas visceras funcionan mal; son el abatimiento, la tristeza, la inquietud que caracterizan el principio de todas las enfermedades.

Así se explica por qué las enfermedades mentales son las afecciones que la humanidad ha recibido en herencia, la humanidad susceptible de perfeccion, la humanidad sensible, impresionable. Se comprende por qué los animales no están sujetos á estas enfermedades, ó por qué algunos de ellos presentan sólo fenómenos análogos al estado frenopático.

El chimpancé y el orangutan mueren de nostalgia.

El perro es atacado de melancolia con obstinacion en rehusar los alimentos.

El papagayo está sujeto á la frenalgia. Estas enfermedades so-

manifiestan en dichos animales á consecuencia de una profunda lesión inferida á sus afecciones.

Notallo bien, los animales que se nos acercan son los que experimentan nuestras emociones. Sienten por el corazón; tienen también una especie de sentido moral, y se estremecen á la idea de los tratamientos crueles que el hombre, en su ferocidad fría y calculada, hace sufrir á amigos tan sumisos.

4. El estudio de las frenopatías debe comenzar por el conocimiento de la sensibilidad moral, por la historia de las emociones.

En las enfermedades mentales está *penosamente* afectado el *sentido de las emociones (sens. emotif.)*.

En la acción de la mayor parte de las causas se encuentra una emoción dolorosa.

Esta emoción se encuentra en los fenómenos exteriores de la enfermedad; se descubre en el fondo de los 9/10 de las frenopatías verdaderas, esenciales.

Antes que yo hubiese formulado esta apreciación se había reconocido la existencia de ciertas vesanias interesando solamente el *gemüth*. Hoffbauer, el primero según creo, en su obra titulada *Untersuchungen über die Krankheiten der Seele*, designó ciertas enajenaciones mentales con el nombre de *gemüthskrankheiten*, *gemüthszerstörung*.

Heinroth, en sus cuadros nosológicos, ha dado á las *gemüthskrankheiten* un lugar especial; estas vesanias vienen á constituir la primera sección de su clasificación.

Como ya habeis visto, Prichard, médico y filósofo inglés, ha indicado una enajenación moral, la *moral insanity*, que lo más frecuentemente no es más que una frenopatía afectiva, *emotiva*.

Actualmente, la mayor parte de los médicos admiten enfermedades mentales sin desorden notable de las facultades de la razón. Este es un hecho cuyo alcance es inmenso.

Nos resta determinar el valor patogénico de este elemento morboso del entendimiento humano en el estudio ulterior que vamos á hacer.

TERCERA PARTE

DE LA NECESIDAD QUE EXISTE DE BUSCAR, ENTRE LOS NUMEROSOS FENÓMENOS INCOMENOS QUE CARACTERIZAN EL ESTADO FRENOPÁTICO, LOS FENÓMENOS FUNDAMENTALES DE ESTE ESTADO.

Voy á abordar un orden de ideas que no son ya del dominio de la patología propiamente dicha, y sobre las cuales llamo toda vuestra atención.

1. Las enfermedades mentales, tales como han sido descritas, aparecen como individualidades morbosas diferentes entre sí. Cada enajenación ha sido considerada como constituyendo un haz sintemático aislado, una individualidad morbosa casi sin relación con las otras vesanias.

2. Atacando el fondo de la cuestión, os recordaré lo que ya he dicho, á saber: que las frenopatías sufren metamorfosis continuas. ¿No hemos visto la melancolía convertirse en manía? ¿No hemos comprobado la presencia simultánea de estas dos afecciones?

La manía, ¿no se convierte en melancolía? ¿No se transforma el éxtasis en manía? ¿No se cambia la manía en demencia y no permanece asociada á esta última?

En las frenopatías periódicas, á cada retorno de los accesos la enfermedad puede revestir un carácter nuevo.

En el curso de una misma enfermedad ésta puede tomar muchas formas.

3. ¿Cómo se explica, pues, que se hayan visto en cada una de las formas de esta vesania enfermedades distintas?

Yo creo poder demostrar que, para la generalidad de las enajenaciones mentales, hay en el fondo una misma lesión, de donde proceden las diferentes especies morbosas.

Representa una radical que tiene bajo su dependencia no todas las afecciones frénicas, sino el más vasto grupo de ellas.

Este fenómeno escapa ciertamente con mucha frecuencia á la

investigación del observador; además, la naturaleza íntima de las enfermedades está envuelta en los misterios más impenetrables de la vida.

Sin embargo, sin pretender remontarnos hasta el dominio de las formas primeras, es permitido avanzar algo más de lo que se ha hecho hasta aquí. Este es el estudio de la patogénia, de la patogenia, de las denominaciones, felices que debemos á los patólogos alemanes.

4. Ante todo importa comprender:

Que nuestros estudios no se dirijan sobre toda la masa de pacientes encerrados en un establecimiento.

Los distribuiremos en grupos.

No debéis olvidar que todos los sujetos que aquí habéis visto no son enajenados. Hay entre ellos monstruosidades, idiotas, imbeciles, muchas afecciones cerebrales y muchos delirios sintomáticos.

Así:

a) El desorden intelectual que se declara en el curso de una epilepsia no es, á mi entender, una frenopatía verdadera. Es una afección sintomática.

b) La debilidad de la inteligencia, el delirio que se manifiesta después de una apoplejía, no son enfermedades mentales esenciales, son afecciones sintomáticas.

c) Yo no puedo considerar como enajenado aquel cuyo carácter está alterado á consecuencia de un ataque gotoso, de la repercusión de un reumatismo ó de una erupción.

d) Ya sabéis que los tubérculos escrofulosos del cerebro pueden provocar el delirio, así como los exóstosis y como el uso del mercurio; pero esto no son enajenaciones que deban comprenderse en el grupo capital de las enfermedades mentales.

e) Las causas debilitantes, me diréis, engendran el delirio; podréis citarme el delirio de los viejos, el delirio que sucede á las enfermedades graves; pero esto son enfermedades distintas de las frenopatías. Y cuando las emisiones espermáticas conducen á la enajenación, obran lo más frecuentemente auxiliadas por causas morales.

f) No puedo tampoco considerar como enajenado á aquel cuya inteligencia está perturbada á consecuencia de una herida del cráneo, de una caída, de una lesión traumática cualquiera. El delirio traumático, dice Esquirol, ha sido confundido casi siempre con la enajenación verdadera. El delirio que se declara á consecuencia de

la ingestión de las plantas venenosas, de bebidas alcohólicas, constituye un género de enfermedad mental aparte.

Hay, pues, una distinción importante que hacer: es necesario hacer abstracción de los casos que no son enajenaciones francas.

5. Ya lo he dicho, y creo deber repetirlo: lo que caracteriza en el momento actual la ciencia de las enfermedades de la moral, es la confusión. Para llegar al conocimiento de lo que yo llamo fenómeno radical de las afecciones, se presentan dos medios:

el estudio de las causas,

y el estudio de los síntomas.

Al principio de esta lección os hemos hecho ver el origen del mal.

En el fondo de la mayor parte de las causas hay una emoción.

El *corazon moral* está atacado en la pluralidad de los casos.

Sólo nos resta ocuparnos del estudio de los síntomas. Pero de, hemos hacer notar previamente que los pacientes colocados en los establecimientos de enajenados no nos presentan ya el cuadro completo de toda su enfermedad; el período prodromico, el más interesante bajo el punto de vista de la génesis de los síntomas, ha desaparecido ya ordinariamente.

CUARTA PARTE

EXPRESION DE LOS SÍNTOMAS

1. La enfermedad no es muy frecuentemente más que la oscilación, la vibración prolongada de una causa dolorosa en su modo de obrar.

La enajenación comienza por un temor,
un estado hipochondriaco,
una desconfianza.

una tendencia á sospechar, tan bien designada por Pinel, sobrino, con el nombre de *sospecha sintomática*, un malestar,

una pena,
una inquietud,
una ansiedad,
una susceptibilidad,
ideas acusadoras.

Análizala la palabra, y descubriréis:
la tristeza,
el descontento,
las penas del alma.

Las cartas que los enajenados escriben en el período inicial de su enfermedad llevan el sello del dolor.

En ellas se ven:

crueles sacrificios,
circunstancias fatales,
amargas penas,
incertidumbres horribles,
faltas imperdonables,
el corazón lacerado,
infames criaturas,
horribles ideas,
indignación,
intenciones malévolas,
desgracias,
persecuciones,
tormentos,
maliciones,
patíbulo,
flamas,
infiernos.

Hé aquí una noticia que un enajenado traza de su propia situación; es notable bajo el punto de vista de los términos de que se sirve, y que pintan vívamente el dolor de su moral. Casi todos los días, dice el enfermo, experimento accesos *espasmosos y tortuosos* atroces, que me es imposible definir. Ya es una *desesperación*, ya *gritos*, ya *sollosos* que no puedo dominar. Tan pronto se apodera de mí una especie de estupor que me hace *sufrir horriblemente* sin ha-

blar, tan pronto me siento agitado por *angustias* semejantes á las que debe sentir el que *espera su condenacion eterna*. Estos pensamientos me producen sacudidas en los músculos del cuello y en los brazos, casi como las sacudidas eléctricas; en algunos momentos me siento como anonadado, y entonces experimento como una especie de reposo... A veces tengo *miedo* de mirar por una ventana, de asomarme á un foso profundo; otras veces siento *repulsion*, una especie de *odio* por las personas que me rodean... despues me *entristezco* de ser así. Yo quisiera ser bueno y afectuoso, y *no puedo serlo*. A veces quisiera hacer un favor á alguien, *hacele un regalo*, pero inmediatamente viene á detenerme un *temor*. En otras ocasiones estoy excesivamente triste; pienso con *disgusto* en... mis hijos, en mis amigos. *Escribiria un tomo entero si quisiera detallar las penas que yo sufro en un dia*. Ma figuro que los *terrores* que siento no se me quitarán jamás. Tengo, sobre todo, *miedo de ver los perros*, y principalmente *los perros de los pastores*...; pienso frecuentemente con *terror* en esos malditos perros durante días enteros, casi sin interrupcion... La *idea* de la tempestad me *agita* desde el último año; antes de esta época yo *no temia* al rayo... A veces tengo alguna esperanza de que este *miedo* disminuirá, tanto más cuanto que, á decir verdad, yo no tengo *miedo de ser sorprendido por la tempestad*; yo temo solamente *ser conmovido*, y sobre todo temo *caer con las personas que tienen miedo*. Algunas veces mi espíritu encuentra en sí mismo las *causas de su tormento*. Una de las cosas que me *ocasiona también mucho dolor* es que se me hable un poco rudamente... Rara vez siento renacer en mí una débil esperanza. Yo no sé definir mis *sufrimientos*; cuando éstos llegan al paroxismo, si se me ofreciera hacerlos desaparecer *arrancándome las uñas, cortándome las dos piernas, rascándome los ojos*, yo creo que consentiria.

Lo que pasa en la moral apenas puede concebirse si no se experimenta; hé aquí lo que dice muy frecuentemente el enfermo despues de su curacion:

«Yo estaba perseguido por un temor, por un miedo; en vano luchaba contra mis tristes pensamientos, ellos renacian sin cesar; yo me figuraba ser la criatura más despreciada de la tierra, yo hacia esfuerzos inauditos para alejar de mí esta idea; ella me turbaba el sueño y no se apartaba de mí ni un solo instante. Me parecia que habia perdido mi fortuna, y me creía condenado á la vida más miserable; me acusaba y me creía cómplice de una accion criminal; mi

cabeza arida y mis ideas gran como un torrente que se precipita con impetuosidad.

Pregunté el otro día á un hombre curado de una manía lo que habia experimentado en los primeros momentos del principio de su enfermedad, y me respondió: *yo senti á la vez todos los disgustos, todas las desgracias que yo habia sufrido durante mi vida entera, yo me encerré en mi cuarto para llorar.*

Un autor inglés ha descrito, en cierto modo sin conciencia de que lo hacia, la expresion de la sensibilidad en el cuadro trazado por él de un enajenado que habia sido observando desde el principio de su enfermedad. Voy á traduciros este pasaje, que es tan pintoresco como verdadero.

«Al entrar en el departamento que ocupa el paciente, sorprende su excesiva irritabilidad. No le es posible permanecer un momento tranquilo, ni fijar durante un solo minuto su atencion sobre un objeto cualquiera; esta agitacion puede elevarse hasta el furor más completo. Permanece algunos instantes sentado, se vuelve á derecha ó izquierda, se lleva la mano á la cabeza, se muerde las uñas, coge el primer objeto que se le presenta y lo arroja inmediatamente despues. Cuando semejante estado de *excitabilidad* se acrecienta, el enfermo se trastorna, menosprecia toda advertencia, toda amonestacion, y sobre todo los consejos que le dan su familia ó sus subordinados. Lo que más sorprende es la expresion de sus facciones, y especialmente de sus ojos... Todo el conjunto del enfermo anuncia evidentemente *un estado doloroso del espíritu y del cuerpo*. El enajenado no se queja de dolores de cabeza, pero refiere á esta region una sensacion desconocida. Así es cómo se expresa Willis en su obra titulada *A treatise on mental derangement containing the substance of the Galesonian lectures for may 1822*. Londres, 1823.

21. He calculado que entre 100 casos recientes la fisonomía revela la 96 veces un estado de excitación, de inquietud, de amargura, de irascibilidad. He hecho abstracción de los idiotas, de los imbéciles y de los casos de enajenaciones sintomáticas.

El elemento dolor se refleja en los ojos, en la voz, en las arrugas que se dibujan en la frente, alrededor de la boca, y en las mejillas.

Se descubre hasta en la actitud del cuerpo.

En el pulso.

En la orina.

3. Hay, pues, en el fondo de todas las ideas una tristeza, un temor, un disgusto. Así es cómo el mal empieza y así es cómo termina. Es curioso estudiar la sensibilidad moral durante la convalecencia. A medida que la enfermedad disminuye en proporciones, que la calma renace, que los errores se disipan, se ve también restituirse la sensibilidad moral á su tono normal; pero el enfermo conserva cierta indiferencia respecto á los que le rodean; el desorden de las ideas deja de ser apreciable cuando la enajenacion de los sentimientos lo es aún. Yo tuve un día ocasion de observar un hecho que me ha hecho reflexionar mucho sobre el asunto que nos ocupa en este momento. Una señora tenia un hijo único, al cual amaba con tanta más pasión por que era viuda. Este hijo, en quien ella cifraba toda su felicidad, estaba mal caincado como no es decible, y todos sus caprichos los veia satisfechos. Hacia la edad de 18 años concibió una pasión desenfadada por una jóven de muy humilde condicion; desde entónces vino á ser para su madre un objeto de constante alarma. La pobre mujer se aisló del mundo, lloró dia y noche, y bien pronto fué atacada de una melancolía, en el curso de la cual intentó muchas veces suicidarse. Convaleciente despues de dos años de enfermedad pasó por una prueba cruel. Su hijo empezó á expectorar sangre y murió al cabo de algunos dias. Ella asistió á todas las fases de su enfermedad y á su agonía sin verter sola una lagrima. Esta indiferencia, esta insensibilidad duró muchos meses, cuando de pronto se despertó en ella la sensibilidad. Entónces deploó sus desgracias en los términos más patéticos, vertió abundantes lagrimas durante muchos dias, y no podía pronunciar el nombre de su hijo sin una expresion de profundo dolor. El sufrimiento moral fué el punto que inició su enfermedad, y el retorno de la sensibilidad fué la señal de una completa curacion.

QUINTA PARTE

EN GENERAL LA ENAJENACION ES UNA LESION DEL SENTIMIENTO
Y NO UN DESORDEN DE LA RAZON

1. Se debe concluir de estos principios que la enajenacion es ante todo una lesion de la sensibilidad; que no es en su esencia un desorden de la razon, de las ideas, del caracter.

La enajenacion, bien considerada, es un dolor; tambien decimos que es primitivamente una *frenalgia*, un dolor del sentido que es el punto de partida de las afecciones, de las emociones.

Este caracter fundamental de la enfermedad no continua manifestandose siempre.

El dolor del centro *frenico* puede ser latente, no aparente y durar tan poco tiempo que es reemplazado por otros fenomenos que lo absorben.

Pero el dolor puede no cambiar y ser durable.

Puede constituir por si solo la enfermedad entera; entonces se presenta la melancolia afectiva, la melancolia sin delirio.

La melancolia es inherente a la mayor parte de las enajenaciones mentales.

Ella es la que constituye el fenomeno *inicial*; ella es la que se encuentra en el periodo prodromico de estas afecciones.

2. Ahora bien; es evidente que la desgracia esta en el fondo de la mayor parte de las vesanias.

La dicha se manifiesta á veces en este genero de enfermedades, pero no es más que una ilusion secundaria en el orden de las manifestaciones morbosas.

La felicidad puede engendrar el desorden mental, pero esta patología es una excepcion rara.

EVOLUCION DE LOS FENOMENOS; CÓMO DEBEN INTERPRETARSE
LOS SÍNTOMAS MORBOSOS

Voy á esforzarme en demostraros cómo la enfermedad, de simple que es, se compene y se complica de nuevos fenomenos. Esto es á lo que yo creo poder llamar su evolucion.

1. El estado frenopático puede, pues, no ser más que una tristeza, una congoja, una susceptibilidad.

Los casos de esta naturaleza son de una apreciacion no poco dificil; por una parte anuncian una salud intelectual más ó ménos completa, y por otra una enfermedad apenas manifiesta, traducindase por aberraciones en las pasiones y en las impulsiones voluntarias.

2. Pero esta lesion inicial da origen á lesiones secundarias y terciarias.

Las enajenaciones surgen las unas de las otras.

Ellas provocan reacciones.

Ellas originan desórdenes en las ideas.

Ellas conducen á la suspension, al empobrecimiento; á la anulacion de las facultades del entendimiento.

A conocer esta evolucion patogénica es á lo que vamos á dedicarnos.

El estudio de los fenomenos de la enajenacion mental conduce á descubrir en la evolucion de esta afeccion los periodos, las diversas fases, cuyo conocimiento es del mayor interes. Hay un primer periodo que toma su caracter de la accion de las causas; esto no es todavía la enfermedad, no es tampoco, á decir verdad, el periodo prodromico. Este viene despues del periodo que yo denomino causal. Frecuentemente no se anuncia al exterior por ningun sintoma; la enfermedad no se muestra aún ni en la palabra, ni en las acciones, ni en los actos. Solo el enfermo aprecia esta situacion; él se siente sufrir, observa el desorden que surge en su manera de sentir, en sus ideas, en sus pasiones. Se hace más impresionable, encuentra sus ideas anormales y debe luchar contra sí mismo.

Más tarde el paciente pierde la facultad de apreciar su propio sér moral, cuando á los ojos de los miembros de su familia, de sus

amigos, y frecuentemente hasta del mismo médico, pasa todavía por perfectamente sano.

En una tercera fase entra en un estado de confusión. En el primer momento no está empujado de las tinieblas de la razón, de la reflexión, de la conciencia; pero su inteligencia le parece rodeada de brumas. Comprende mal, no se da cuenta de sus propios actos; el espejo de su reflexión se empaña. El paciente ofrece la imagen de un niño a quien se le puede hacer creer las cosas más absurdas.

Nos importa saber como reacciona la moral contra los agentes que tienden á perturbar la acción, y qué ideas prácticas deben referirse á los fenómenos de la reacción moral.

No podemos perder de vista cómo se debilita el sensorium, cómo se encuentra entorpecida su acción, cómo se borra por el efecto de una causa morbosa ó por consecuencia del estado patológico mismo.

¿CÓMO DEBEN COMPRENDERSE LAS REACCIONES MORALES?

3. Yo distingo en la ensajenación mental dos órdenes de reacciones morales:

- unas conservadoras,
- otras automáticas, destructoras.

Las primeras conducen á la curación.

Las segundas complican la enfermedad y engendran las lesiones textuales.

Se encuentra la reacción frénica:

- en las pasiones,
- en los actos instintivos,
- en las impulsiones de la voluntad,
- en el flojimiento de las ideas.

El dolor invade los focos instintivos; conduce á las determinaciones más violentas, á los movimientos más extraños, más caprichosos.

En toda enfermedad la naturaleza apela á las fuerzas de resistencia, de conservación. Esta ley, debo recordároslo, se encuentra en la moral.

4. Así, el sufrimiento del alma, como el dolor corporal, provoca impulsos insurreccionales dirigidos contra los agentes enemigos.

En el ensajenado estos actos residen en la locuacidad del enfer-

mo, en sus movimientos de impaciencia, en sus acusaciones, en sus vociferaciones, en las vías de hecho á que se entrega.

Dirigid injurias á un hombre, herid su amor propio, llegad hasta ultrajarle; si el sujeto es impresionable, irascible, reaccionará, no permanecerá tranquilo, se inquietará; una fuerza involuntaria le impulsará á hacer algún gesto violento dirigido contra el ofensor; el cumplimiento de este acto calmará sus dolores.

Tal reacción podrá limitarse á palabras.

Está fuera de duda que una enunciaci6n de ideas por medio de la palabra es un grauf calmante de la moral.

Es positivo que se experimenta cierto alivio en referir las desgracias propias. Tal es el caso de la confesion, la cual es de una influencia tan eficaz sobre los desgraciados á quienes los remordimientos roban el reposo y el sueño. Tal es el caso tambien de todo aquel que sufre y que se encuentra más calmado desde el momento en que puede referir sus penas.

La palabra neutraliza el dolor.

La palabra alivia al que recibe una injuria; decir su manera de pensar, decir lo que se siente, hé aqui los medios irreflexivos que producen la calma en un hombre irritado:

5. La palabra es en tal caso una especie de crisis. Combate los elementos de la enfermedad.

Yo la llamaría eliminaci6n psíquica, frénica ó moral.

He observado muchas veces que el enfermo, en su convalecencia, había olvidado todas las desgracias que le habían atribulado anteriormente.

Este fenómeno se observa en la mujeres despues de la muerte de su marido, en las jóvenes que un desengaño en sus amores, la infidelidad de un amante por ejemplo, las había ensajenado. En el momento de la curación el hecho primitivo había sido destruido por el efecto de la enfermedad. Yo enuncio en ello un principio incontestable, cuya exactitud os encargo que comprobéis.

Así es cómo debe considerarse la manía; es una reaccion critica que absorbe el elemento morboso primitivo. De todas las ensajenaciones es la que más frecuentemente conduce á la curación.

LA VOLUNTAD

B. Uno de los fenómenos más dignos de atención es la incapaci-

dad de la voluntad, la imposibilidad en que se encuentra el enfermo de cambiar el orden de sus impulsiones. Es arrastrado á su pesar y no puede contener el esfuerzo que le domina.

Hay, sin embargo, enajenados que conservan el poder de luchar contra la enfermedad.

Algunos pacientes se rebelan contra los impulsos morbosos durante todo el tiempo que son observados; yo he visto algunos que aprovechaban los momentos en que estaban solos para entregarse á los actos más extravagantes.

Otros, arrastrados por tales impulsos; consiguen, sin embargo, dominarse lo suficiente para huir de circunstancias capaces de favorecer sus funestos designios y para advertir á las personas destinadas á ser sus víctimas. Un melancólico suicida se levanta por la noche y va á golpear á la puerta de su hermano, gritándole: *Ven, en pronto, el suicidio me persigue; bien pronto ya no me será posible resistir.* Frecuentemente, al principio de la enajenación, el enfermo conserva cierto poder de dominar las impulsiones insólitas.

Este dominio vuelve á encontrarse en la convalecencia.

Así sucede, sobre todo, en las personas inteligentes. Algunos enajenados que habían recobrado la salud me han asegurado que en el curso de su curación estaban como los niños, que escuchaban con docilidad los buenos consejos que se les daban, y que se ocupaban sin cesar en corregir la aberración de sus ideas y de sus impulsiones.

7. Pero lo más frecuente es que la voluntad de acción esté enflaquecida en los enajenados.

Ellos saben querer interiormente, mentalmente, según las exigencias de su razón; pueden experimentar el deseo de hacer, pero son impotentes para obrar convenientemente. Hay en el fondo de su entendimiento una imposibilidad. Quisieran trabajar y no pueden; carecen de la facultad de hacerlo.

Son inactivos.

Ven trabajar y no trabajan.

Están reluciosos, mudos, no pueden comer ni beber.

La voluntad no puede traspasar ciertos límites; se diría que esta fuerza de acción queda suspendida; el *yo quiero* no se transforma en *voluntad impulsiva*, en determinación activa.

Los mismos enfermos se asombran de la impotencia en que se encuentra su voluntad. No trates de persuadirme á que trabaje, os dirán; soy incapaz de hacer la menor cosa, el trabajo se me cae de

las manos. Si les recomendais escribir una sola palabra á su mujer, os responden: no sabría, no tengo voluntad, no puedo tomar ninguna resolución.

Esta carencia de voluntad, la depresión de las fuerzas morales, se deja reconocer frecuentemente en la necesidad que experimenta el enfermo de sustraerse á las miradas de los hombres. Busca la soledad, evita el contacto de sus semejantes, se encierra en habitaciones aisladas, debajo de las escaleras, etc. Hay en este enfermo una causa que impide que las corrientes de la voluntad se produzcan libremente; esto no es la parálisis, lejos de ello, pero es evidentemente una abolición de la impulsión voluntaria.

(Esquirol ha pintado perfectamente este estado cuando, hablando de un enajenado melancólico, ha dicho: su conversacion es tan razonable como espiritual. Se le habla de viajar, de cuidar de sus negocios y responde: *yo sé que puedo y que debería hacerlo*; vuestros consejos son muy buenos, estoy convencido de ello, y bien quisiera seguirlos; pero falta que yo pueda querer, ese querer que determina y ejecuta. Lo cierto es que me falta la voluntad de querer, porque yo poseo toda mi razón, sé que debo hacerlo, pero las fuerzas me abandonan cuando llega el momento de obrar.)

8. A medida que la libertad del *yo* se encuentra abolida, aunque la conciencia pueda continuar largo tiempo intacta, la voluntad impulsiva obra sin regular y se manifiesta por los actos más extravagantes. Tal sucede en los enajenados acosados por impulsiones insólitas.

9. Entónces es cuando *veréis á los enfermos levantar un brazo y permanecer en esta actitud, hacer contorsiones con la boca, sacudir la cabeza como para hacer caer el polvo de ella.* Entónces es cuando los enfermos se encuentran bajo el imperio de una atracción, de la cual ellos mismos manifiestan los primeros una gran sorpresa.

Los actos que determinan la voluntad rara vez son conservadores en la enajenación mental. La repulsión conservadora reside más bien en las pasiones.

Así es que el descontento, la colera se presentan frecuentemente como fenómenos de un feliz augurio, mientras que los actos reflejos, somnambuliformes, caprichosos, conducen al enfermo á la incurabilidad.

REACCIÓN DE LAS IDEAS

10. Si hay casos en que los sentimientos se exageran, en que el pensamiento se perturba en el sentido de las primeras impresiones, hay otros, y en gran número, en los que el dominio de las ideas es el punto de partida de una reacción conservadora.

Esta reacción es inseparable de la naturaleza humana.

En el estado fisiológico, cuando nos afecta un disgusto, hay en el fondo de nuestro dolor una voz consoladora que se hace oír: es una voz de ilusiones; cuando la desgracia abate al hombre, le preocupan dos clases de ideas: las unas son relativas á su infortunio, las otras se refieren á una dicha la mayor parte de las veces quimérica.

11. Esta es una ley del instinto. Hacemos esfuerzos para alejar de nosotros las ideas penosas; espontáneamente, en el estado de salud, un pensamiento tristeño tiende á reemplazar en nuestro espíritu á un pensamiento doloroso. Reconozcamos en esto

nuestras locas esperanzas,
nuestros castillos en el aire,
nuestros reveses.

En un libro publicado en 1835 cité el ejemplo de una madre que perdió la razón al ver partir á su hijo para la armada; á su entrada en el establecimiento creyó reconocer á su hijo ausente en un joven idiota, al cual no cesó de colmar de caricias. Desde aquel mismo instante se operó una reacción en sus ideas. Esta pobre madre fué feliz imaginándose estar cerca de su hijo. No tuvo más que esta sola ilusión, no se podía reconocer en ella ningún otro rasgo de extravío intelectual.

12. Los pensamientos dolorosos se cambian así, en las enajenaciones mentales, en situaciones de una felicidad imaginaria.

El enfermo es rico,
es bueno,
habita palacios.

De esta manera nacen con frecuencia las alucinaciones de felicidad á consecuencia de una causa que ha impresionado viva y personalmente la moral.

13. Bajo este punto de vista nada más notable que la manifestación anormal de los sentimientos y de las ideas religiosas. Esta

manifestación se produce algunas veces en el curso de la enfermedad; estalla instantáneamente en sujetos no habituados á las prácticas del culto. Un sujeto exaltado hace tres meses jura y blasfema, y no le inquietan ninguna de las cosas santas. Su enfermedad se transforma; se calma, se hace sombrío, se contrista, habla de la misericordia divina, de sus pecados, del infierno. ¿Cómo concebir este congenerismo de la enfermedad y de la religión? No es posible, pero se sabe que existe en el estado normal y en el estado morboso.

Las conversiones piadosas se efectúan lo más frecuentemente cuando el alma ha sido sometida á grandes pruebas. Durante los intensos dolores morales es cuando el desgraciado busca en la plegaria un consuelo á sus penas. A consecuencia de las grandes catástrofes es cuando el atribulado vuelve sus miradas suplicantes hácia su Criador, y pronuncia estas palabras tan expresivas: ¡Ah, Señor! ¡Dios mio, ayúdame!

Este grito de angustia que parece salir del fondo del corazón; lo exhalan todos los hombres cuando sufren, cualquiera que sea la forma de culto á que pertenezcan.

14. No se debe conceder á este principio una importancia exagerada. La reacción de la imaginación está á veces producida siempre en el sentido de una crisis conservadora.

La potencia sensorial contrae con frecuencia el hábito de una tendencia morbosa, ó bien el color de las ideas no es más que un refuerzo del dolor inicial de la enfermedad.

La prevision de una desgracia real se cambia en la de una condena á muerte. Un ruido de la calle, el sonido de una campanilla producido con cierta intensidad, despiertan en el enfermo el dolor de las ideas. Mis enemigos están allí, gritará; vienen para conducirme al suplicio; quieren quemarme vivo.

En tales casos, el tránsito de una impresión dolorosa ejerce una irradiación en el dominio de la imaginación. Así es como hacen la mayor parte de las veces las ideas delirantes. Semejantes ideas van precedidas por el sufrimiento moral. Este no se define desde luego, el enfermo no sabe decir por qué sufre; las ideas le ocurren en el mayor número de casos súbitamente, durante un paseo, en un lugar aislado, por la mañana en la cama, con motivo de una conversación, etc. ¿Es médico? pues dice que su cerebro está reblandecido. ¿Está atacado de una afección corporal ligera? pues ve en ella una enfermedad de la cual va á morir. ¿Es empleado? se le va á quitar

su empleo. ¿Es rico? bien pronto quedará reducido á la miseria.

En todas estas situaciones es el dolor el que se representa en el dominio de la imaginación y el que viene á prestar á las ideas motivos imaginarios cuando faltan los motivos reales. Estos motivos se fijan, se estereotipan, según la expresión de M. Falret, y vienen á convertirse en elementos del delirio; de aquí los miedos, los terrores nuevos.

El enfermo puede tajar por largo tiempo el sentimiento reflexivo de esta situación y conservar todavía una integridad completa de las funciones intelectuales.

15. Hay otras situaciones no ménos singulares, en las que la pena moral se asocia á las concepciones más extrañas y en apariencia más contradictorias.

El hombre abatido bajo el peso de la desgracia se representa la eternidad; desespera de la misericordia divina; las alucinaciones más aterradoras atormentan su alma.

Tal se le ve al hombre normal en su fervor religioso; tal se ve al hombre enajenado durante su enfermedad; se priva del alimento, ayuna y se tortura el cuerpo; vienen á mezclarse á los sentimientos y á las ideas que le dominan, impulsiones de destrucción que dan origen á la inclinación de mutilarse y suicidarse, y hasta experimentan la necesidad de ofrecer en holocausto á las personas por quienes sientan la mayor ternura.

OFUSCACION DE LAS FACULTADES INTELECTUALES

16. La enfermedad invade los diferentes dominios del entendimiento, y los altera ya sea lentamente, ya por tiempos, ya de una manera explosiva.

Vemos á la memoria recordar hechos consumados hace mucho tiempo, brillar la imaginación con un esplendor inusitado, exaltarse las ideas y abortar exageraciones, errores, aberraciones, fantasmas, en una palabra, el caos.

Así es como sobreviene el desorden de la razón; así como este desorden se presenta casi siempre, no como fenómeno primario, sino como resultado secundario.

En esta marcha progresiva del elemento morboso es cómo el hombre pierde el sentimiento de su propia existencia. Su sentido

reflector está velado; su libertad de pensar y obrar encadenada. Caen frecuentemente en un estado de embrutecimiento completo; hasta sus fuerzas instintivas le abandonan. Su vida de relacion, su vida de conservación moral y física cesan totalmente.

17. Este estado puede llamarse ofuscación de la inteligencia, sobre todo de la reflexión, para distinguirlo del aplnamiento, del aniquilamiento de estas importantes facultades.

La incapacidad de estas funciones es, después del fenómeno del dolor moral, el que se encuentra más frecuentemente.

La ofuscación de la inteligencia hace á todos los enajenados de una credulidad tal que admiten las cosas más absurdas. Esta imposibilidad de concebir un pensamiento un poco abstracto se observa hasta en las formas más iniciales.

La enajenación se reconoce amenudo por este sólo síntoma, cuando faltan otros indicios. Se asombra uno de ver que el enajenado no recela las asechanzas que se le tienden; la sorpresa es tanta mayor cuanto que en otros casos el enfermo, por efecto mismo de su exaltación morbosa, es capaz hasta de elevarse á las concepciones más ingeniosas.

Pero, lo repito, importa establecer una distinción entre la ofuscación, el eclipse de sus facultades y su ausencia, su aniquilamiento.

EFFECTOS ULTERIORES DEL DOLOR MORAL

18. El sufrimiento puede oprimir las facultades mentales cuando se declara de repente; entonces produce la tensión extática.

19. El dolor puede conmocionar profundamente y determinar un aplnamiento general.

Pero también puede este dolor desgastar, agotar las facultades y dar origen inmediatamente á la demencia. Las causas dolorosas obran á veces con una rapidez extraordinaria, como sucede con un violento terror; aniquilan la vida moral del mismo modo que una luz muy viva destruye la sensibilidad visual.

En los sujetos de edad avanzada, en los que son jóvenes y delicados, en las personas arruinadas por las enfermedades, la destrucción de las facultades es inmediata.

La sensibilidad se embota bajo la influencia de una causa; á ve-

ces ligera; toda reacción se hace imposible y el paciente cae en la apatía.

Así es que, en sujetos de diferente constitución, una misma causa puede provocar efectos muy distintos. En el uno, impresionable, joven, será una melancolía, un éxtasis, una manía, un delirio; en el otro, viejo, extenuado por largas privaciones, ó bien en la fuerza de la edad, pero empobrecido por la miseria y el trabajo, debilitado por emisiones aspermatícas, enervado por la bebida, será un colapso de todo el sistema sensorial.

20. Tal estado es frecuente; entre 100 ingresados, se han presentado en nuestros establecimientos 32 casos de demencia durante los años calmitosos; cerca de la tercera parte de las admisiones.

Las melancolías, las manías han sido menos numerosas durante los años 1847, 1848, 1849 que en cualquier otra época.

Es que la demencia se forma á expensas de la melancolía y de la manía.

Si los pacientes de estos años hubieran sido de constitución más fuerte, más resistente, sus enajenaciones hubieran sido sufrimientos y reacciones conseradoras; pero en lugar de un estado moral dolorido, ofrecieron la debilidad de los fenómenos psíquicos.

21. Las condiciones que debilitan al organismo, tienden también á hacer que la reacción moral sea menos fuerte y menos eficaz bajo el punto de vista de la curación.

Así, la edad avanzada cambia la manía furiosa en manía tranquila, la cual dura mucho más tiempo que la primera. La falta de nutrición conduce al maníaco á una demencia incurable; las depleciones sanguíneas producen frecuentemente el mismo efecto. Notado bien, disminuyendo la energía del organismo, se hace imposible la curación y la manifestación de las crisis morales.

22. La suscripción de energía en las facultades intelectuales, es, pues, también el resultado de la enfermedad, y, frecuentemente, del régimen á que ha estado sometido el enajenado. Es un hecho demasiado cierto que las enfermedades mentales gastan la moral, y, lo que es más aún, por el desórden que imprimen á la circulación de la pulpa nerviosa, alteran la estructura cerebral y coliben la funcionalidad del cerebro.

Vamos ahora á someter á un examen ulterior estos diversos puntos de la patología mental.

SEXTA PARTE

EXÁMEN ULTERIOR DE LA CUESTION

Los principios que acabo de exponer tienen por objeto haceros más fácil el estudio de las enfermedades mentales.

A fin de ser más completo, voy á presentar las objeciones que podrían hacerse á las ideas que profeso.

Y desde luego voy á reproducir en sustancia las nociones sobre que puede recaer la argumentación.

He dicho:

I. Que en la gran mayoría de los casos se llega á comprobar en la enajenación un estado frenalógico.

II. El dolor está en el fondo de un inmenso número de afecciones morales.

III. Su punto de partida existe en la sensibilidad que determina las afecciones y las emociones.

IV. La melancolía es el síntoma que señala lo más frecuentemente el período de incubación y el de invasión de las frenopatías en general.

V. Las causas predisponentes y las determinantes, obran ante todo sobre la sensibilidad y no sobre las ideas.

La afección causada por la muerte de una persona querida, la impresión sufrida á consecuencia de una especulación desgraciada, el disgusto que provoca la mala conducta de un hijo, la sensación que recibe el obrero al cargear de trabajo, el terror que se apodera de las personas colocadas bajo la influencia de una agitación política ó de otro género, los mil y mil motivos de temor, de inquietud ó de terror bajo cuyo imperio ha podido el hombre caer en la enajenación, pertenecen manifestadamente á un estado moral doloroso. ®

PRIMERA OBJECION. — MANÍA ALGERE Ó JOGISA

1. ¿No hay empero muchos hombres que tienen su razon perturbada á consecuencia de un gozo muy vivo? Una prosperidad ins-

ces ligera; toda reacción se hace imposible y el paciente cae en la apatía.

Así es que, en sujetos de diferente constitución, una misma causa puede provocar efectos muy distintos. En el uno, impresionable, joven, será una melancolía, un éxtasis, una manía, un delirio; en el otro, viejo, extenuado por largas privaciones, ó bien en la fuerza de la edad, pero empobrecido por la miseria y el trabajo, debilitado por emisiones aspermatícas, enervado por la bebida, será un colapso de todo el sistema sensorial.

20. Tal estado es frecuente; entre 100 ingresados, se han presentado en nuestros establecimientos 32 casos de demencia durante los años calmitosos; cerca de la tercera parte de las admisiones.

Las melancolías, las manías han sido menos numerosas durante los años 1847, 1848, 1849 que en cualquier otra época.

Es que la demencia se forma á expensas de la melancolía y de la manía.

Si los pacientes de estos años hubieran sido de constitución más fuerte, más resistente, sus enajenaciones hubieran sido sufrimientos y reacciones conseradoras; pero en lugar de un estado moral dolorido, ofrecieron la debilidad de los fenómenos psíquicos.

21. Las condiciones que debilitan al organismo, tienden también á hacer que la reacción moral sea menos fuerte y menos eficaz bajo el punto de vista de la curación.

Así, la edad avanzada cambia la manía furiosa en manía tranquila, la cual dura mucho más tiempo que la primera. La falta de nutrición conduce al maníaco á una demencia incurable; las depleciones sanguíneas producen frecuentemente el mismo efecto. Notado bien, disminuyendo la energía del organismo, se hace imposible la curación y la manifestación de las crisis morales.

22. La suscripción de energía en las facultades intelectuales, es, pues, también el resultado de la enfermedad, y, frecuentemente, del régimen á que ha estado sometido el enajenado. Es un hecho demasiado cierto que las enfermedades mentales gastan la moral, y, lo que es más aún, por el desorden que imprimen á la circulación de la pulpa nerviosa, alteran la estructura cerebral y colaban la funcionalidad del cerebro.

Vamos ahora á someter á un examen ulterior estos diversos puntos de la patología mental.

SEXTA PARTE

EXÁMEN ULTERIOR DE LA CUESTIÓN

Los principios que acabo de exponer tienen por objeto haceros más fácil el estudio de las enfermedades mentales.

A fin de ser más completo, voy á presentar las objeciones que podrían hacerse á las ideas que profeso.

Y desde luego voy á reproducir en sustancia las nociones sobre que puede recaer la argumentación.

He dicho:

I. Que en la gran mayoría de los casos se llega á comprobar en la enajenación un estado frenalógico.

II. El dolor está en el fondo de un inmenso número de afecciones morales.

III. Su punto de partida existe en la sensibilidad que determina las afecciones y las emociones.

IV. La melancolía es el síntoma que señala lo más frecuentemente el período de incubación y el de invasión de las frenopatías en general.

V. Las causas predisponentes y las determinantes, obran ante todo sobre la sensibilidad y no sobre las ideas.

La afección causada por la muerte de una persona querida, la impresión sufrida á consecuencia de una especulación desgraciada, el disgusto que provoca la mala conducta de un hijo, la sensación que recibe el obrero al cargear de trabajo, el terror que se apodera de las personas colocadas bajo la influencia de una agitación política ó de otro género, los mil y mil motivos de temor, de inquietud ó de terror bajo cuyo imperio ha podido el hombre caer en la enajenación, pertenecen manifestadamente á un estado moral doloroso. ®

PRIMERA OBJECION. — MANÍA ALGERE Ó JOGISA

1. ¿No hay empero muchos hombres que tienen su razón perturbada á consecuencia de un gozo muy vivo? Una prosperidad ins-

fantasma é inesperada, no puede engendrar el desórden intelectual. ¿No hay personas que pierden la razon con motivo de una embriaguez amorosa? ¿No se ven sujetos religiosos que llegan á la enajenacion por un exceso de celo?

Si hay casos en que el hombre se enajena bajo la influencia de una causa agradable en su modo de obrar. Yo he visto últimamente un aduanero atacado de melancolía á consecuencia de una viva alegría ocasionada por un ascenso. Yo vi en 1854, cuando la carestía de víveres, un campesino volverse maníaco por el contento extremo que experimentó al ver acrecentarse súbitamente su fortuna por la venta del grano que habia guardado hasta entónces. En los casos en que existe una predisposicion hereditaria, es sobre todo cuando una viva alegría puede determinar el desórden en los actos sensoriales y en los intelectuales.

Rigurosamente hablando no es, pues, todo dolor en la accion de las causas como en la manifestacion de los fenómenos de la enajenacion mental. Hay causas hereditarias, hay retornos periódicos; hay manías juvenis, exaltaciones religiosas, manías eróticas que no se presentan como la expresion aparente de un dolor.

NECESIDAD DE UN ANÁLISIS EXACTO

2. Mas nunca oserá repetiroslo bastante, el sufrimiento se encuentra, en la mayor parte de los casos, cuando se analizan los hechos con cuidado. Esto es lo que prueban nuestros estudios etiológicos; ellos nos demuestran que el haz más compacto del estado frenopático debe considerarse como consecutivo á disgustos, á miedos, á terrores. Dichas causas figuran en nuestros registros en una cifra muy elevada.

Yo debo confesar que los cuadros estadísticos obtenidos últimamente no me inspiran gran confianza, porque no hacen resaltar las influencias reales, iniciales, antecedentes de las enfermedades mentales. Confeccionados á la ligera y sin objeto, contienen amenudo muchas nociones erróneas é incompletas.

Así, cuando un hombre está enajenado, es su mujer la que debe suministrar los antecedentes; os declara que no conoce ninguna circunstancia que haya podido originar la enfermedad de su marido.

Llega éste á curarse, y más de una vez confia al médico que sólo la mala conducta de su mujer ha sido la causa de su degrading.

Podria citaros más de un ejemplo de esta naturaleza.

Un jóven entra en el establecimiento; su madre, que debe suministraros el conmemorativo, asegura que su hijo ha estudiado demasiado. Es anotado el estudio como causa. Pero éste jóven confusaba todos los meses; era tímido, reservado, delicado; yo sospechaba que hubiera habido tocamientos solitarios, remordimientos de conciencia, una imposibilidad de vencer antiguos hábitos. Y adiviné la verdad; durante su convalescencia este jóven me hizo las confesiones más completas.

Una señora se vuelve enajenada, y su enfermedad se caracteriza por una melancolía con propension al suicidio. Soy consultado y no puedo averiguar nada sobre la causa de la enfermedad. Más tarde, personas extrañas á la enferma me revelan un hecho que pone fuera de duda el origen del mal: el agruido tenia relaciones íntimas con una hija que esta señora tuvo de su primer matrimonio.

Un viejo es atacado de una demencia, de una postracion general. Sus nietos son llamados á ilustrarme; lo atribuyen á su edad avanzada. Yo obtengo otros informes de personas desinteresadas. Se habia querido obligar al viejo á firmar un testamento, y hasta se habia recurrido á la violencia para conseguirlo; de aquí escenas á las cuales habia sucedido el desórden mental.

Preguntareis por qué síntomas ha empezado el mal. Uno os dirá: el enfermo ha cambiado enteramente, tal otro os repetirá todo lo que el enajenado ha podido alegar; un tercero os hablará de la negligencia que usaba en su tocado. Y si entónces decís: ¿Y el enfermo, antes de cometer extravagancias, no ha estado triste, melancólico? En general no faltará quien os responda: Sí, hace muchas semanas, muchos meses, hace un año, dos años, desde la muerte de su hijo, desde un susto que experimentó en tal ó cual acontecimiento, después de una gran pérdida en sus intereses, no ha vuelto á reír, se ha hecho moroso y sedentario, sus facciones han cambiado considerablemente.

(En un artículo reciente, *Annales médico-psychologiques*, el señor Briere de Boismont ha enunciado en todas sus partes las ideas que acabo de emitir. «¿Sabeis, dice, por qué las causas morales se nos escapan tan frecuentemente? Es porque nos las ocultau. ¿Cómo quereis, en efecto, que se os diga: bá aquí un hijo cuya

conducta me desespera y me hiere en todo lo que me es más caro; una hija que no comete más que necedades, que mis incesantes esfuerzos tienden á atennar en lo posible, un yerno cuya conducta me hace temer á cada instante una catastrofa; un padre que nos arruina; una mujer de quien devora los peores ultrajes por respeto á mis hijos, á mi mismo, y á otras quejas parecidas?... Pues bien, lo que hemos visto y oido desde hace 20 años, nos da la convicción muy fundada de que el sufrimiento moral es el destino de la humanidad. Cuando la estadística, que nosotros apreciamos en su justo valor, nos abreva con sus cifras, no podemos menos de decir: *sufren; si lo niegan, se engañan á sabiendas. La felicidad no necesita demostrarse.*)

3. El Sr. Archambault, en la actualidad médico, en jefe de Charenton, en su traducción de la obra del Dr. Ellis, ha querido refutar esta opinión, que yo he expuesto el primero en mi tratado sobre las frenopatías. Dice que muchos enajenados no acentan ningún sufrimiento físico ni moral, y que el contento es un síntoma frecuente en la enajenación mental.

Pero puede suceder en las frenopatías alegres algo semejante á lo que sucede á consecuencia del cosquilleo de la planta del pié: pueden producir una excitación que hace reír; el dolor viene á manifestarse entonces por una convulsión moral.

¿No acontece esto en el histerismo? En su forma ordinaria es un sufrimiento nervioso; en su estado normal se caracteriza por accesos de risa que alternan con lloros.

Que en los enajenados se observe un estado de contento, hasta de loca alegría, síntomas de erotomanía, de ninfomanía, nada más cierto, como ya he dicho anteriormente.

Pero he allí precisamente el punto culminante del asunto. Estos fenómenos son actos consecutivos, secundarios hasta terciarios, que atestiguan los progresos de la enfermedad y aminoran la intensidad con que han obrado las causas morbosas.

El hombre no pasa de repente de un estado fisiológico completo á la alegría morbosa. Hay en él prodromos; principia por estar inquieto, atestado, ansioso, melancólico ó descontento. El dolor precede á la alegría, y lo más frecuente es que esta última no se manifieste sino cuando la enfermedad ha durado ya largo tiempo. Querer que no haya excepciones á esta regla, sería pretender un absurdo.

En este género de estudios es necesaria muy buena fe, mucho celo, mucha perseverancia; no se debe atender á los datos obtenidos á la ligera; es preciso dirigirse á personas inteligentes que tengan perfectamente conocido al enfermo, que hasta estén iniciadas en los secretos de su vida y que no tengan ningún interés en ocultar la verdad.

Por otra parte, todos los observadores concienzudos están acordados en admitir que no hay nada más raro que una verdadera pasión agradable determine la enajenación.

Esto mismo es lo que Amard habla ya consignado; yo no conozco ejemplos, ha dicho este autor, de manía producida por un gozo immoderado.

Tal es también la opinión de Esquirol.

¿EL PRINCIPIO ES SIEMPRE LA TRISTEZA?

1. Se objetará que muchas frenopatías no presentan prodromos y comienzan de una manera explosiva, no por el disgusto, sino por actos violentos, por cantos, gritos, luchas, roturas de muebles.

Se añadirá que hay demencias que apenas estallan por una expresión de tristeza, que hay casos de enajenación en que la enfermedad se manifiesta repentinamente en cierto modo por visiones, revelaciones, alucinaciones del oído.

Estoy convencido de que, en general, todos los géneros elementales de la enajenación comienzan en la fase prodromica por un estado de aflicción morbosa, por supuesto, en la primera invasión del mal; porque si ha habido recidas, el fenómeno puede no presentarse constantemente. La mayor parte de las frenopatías tienen períodos de incubación, durante los cuales los enfermos sufren interiormente, pero casi siempre ocultan sus sufrimientos en los casos de recidiva.

En muchas vasenias que se anuncian por una explosión ó una invasión instantánea, el tiempo prodromico que ha precedido á la enfermedad puede haber sido largo. Pero también puede haber sido corto, no haber durado más que algunos días ó algunas horas, sobre todo cuando se trata de un primer acceso.

Yo convengo en que ese estado precursor no siempre puede ser calificado de melancolía; pero no es ménos cierto que constituye un

sufrimiento, un estado afectivo. En la víspera de convertirse en maniacos estos sujetos cesan de dormir, evitan las miradas de sus amigos y de sus parientes; en sus facciones se revela una expresión de dolor; su pulso se presenta con cierta vivacidad, y cuando están solos vierten acaudado lágrimas.

5. Ya lo he dicho anteriormente: el dolor moral puede ser cohibido en su manifestación, sobre todo en los sujetos débiles é impresionables; así es que la demencia, el éxtasis, la estupidez, pueden suceder inmediatamente á la acción de la causa morbosa sin que haya podido formarse un estado de verdadera melancolía. Pero la frenalgia existe en el fondo, y lo prueba la tristeza, que no tarda en aparecer, que se declara á medida que la enfermedad avanza hacia la convalecencia, á medida que cesan la tensión general ó el aplanchamiento.

Es constante que la demencia es una de las vesanias más frecuentes, que más de la tercera parte de los enfermos que entran en nuestros establecimientos son atacados de ella. Pero lo que no puede ponerse en duda es que en los 9/10 de los casos de demencia primitiva, la melancolía constituye el fondo de la enfermedad. Pues bien, si en nuestros cálculos la melancolía no está representada más que por 1/3 de los enfermos admitidos, esta cifra es más considerable en realidad, puesto que la mayor parte de las demencias no son más que melancolías abortadas. Os aconsejo que os penetraís bien de esta verdad.

EL DESORDEN DE LAS IDEAS ES UN FENÓMENO SECUNDARIO

6. Las alucinaciones, ¿son primitivas ó son secundarias? Casi siempre se ofrecen como fenómenos consecutivos; se anuncian generalmente como la transformación de un estado frenalgico. Hay en el fondo del mal una pena, hay sufrimientos. En los casos de manía aguda esos estímulos se identifican casi con los síntomas que marcan el principio de esta afección. En otros casos, en las personas de edad avanzada; por ejemplo, las alucinaciones se presentan sin apariencia de melancolía y con una integridad perfecta de la razón; por esto no son evidentemente frenopatías.

El dolor es nuevo. Indica siempre un estado que hiere las fuerzas de conservación, que llama las reacciones, que amenaza la vida.

Pero el dolor se manifiesta de un modo diferente, según las esferas funcionales en que se establece. El sufrimiento físico se expresa de otro modo que el sufrimiento moral: en la irritación de los órganos se experimenta una sensación ingrata; se grita, se pide socorro; en la irritación moral, uno se lamenta, se llama desgraciado ó descontento.

Pero el dolor puede no traducirse siempre por una misma queja, por un mismo grito. No puede ser la expresión de la sensibilidad lesionada allí, por ejemplo, donde la función excluye la sensibilidad táctil; sin embargo, imprime á la función que invade ya no sé qué excitación penosa. El sufrimiento puede afectar el dominio de las ideas, el dominio de las impulsiones, y comunicarles diversas formas.

La excitación de la retina se manifiesta, no por una sensación táctil, sino por una perversion en el color y en la forma de las imágenes; del mismo modo la excitación del sentido del oído apenas se anuncia por un dolor en la membrana olativa, sino por una perturbación en la percepción de los olores. Pues bien; ¿no sucede lo mismo en el dolor frénico? ¿No cambia el color de las imágenes sin darle la expresión normal del sufrimiento?

(El autor anónimo del artículo *Locura*, del *Dictionnaire abrégé des Sciences médicales*, ha escrito las siguientes líneas, que confirman en un todo la opinión que defiendo. Hablando de la melancolía dice: Estos cambios, estas transformaciones (de la melancolía y de la manía), no se verifican repentinamente; los enfermos pasan por innumerables gradaciones intermedias, que presentan todos esos estados, mezclados por decirlo así, de mil maneras diferentes. Puede deducirse de lo dicho que todos estos grupos de síntomas, de los cuales se han esforzado en hacer muchas enfermedades, no derivan en el fondo más que de los diferentes grados de un mismo estado morboso, y lo prueba que en un solo acceso de manía que se manifiesta en un melancólico se observan sucesivamente la mayor parte de los fenómenos indicados.)

(Zeller, médico director del establecimiento de enajenados de Wimmthal, hablando de la génesis de las enfermedades mentales, se expresa así:

Según nuestras más recientes observaciones, la melancolía es también la forma fundamental de la mayor parte de las enfermedades mentales; de manera que es necesario considerar como excep-

cion los casos en los cuales no se encuentra. Los desórdenes de la inteligencia son tan débilmente pronunciados en el estado del primer desenvolvimiento de la melancolía que aparecen solamente como un cambio sobrevenido en el conjunto de los sentimientos afectivos de la individualidad, *der gemüthlichen seite der personlichkeit*, como un estado de pasión, ó como una depresión apática que no afecta en nada al pensamiento, á la facultad de hablar y á los actos, que, por el contrario, puede comunicar á estas facultades, á estos actos, un grado de exaltación anormal. -)

Falret, padre, hablando de la lesión de la sensibilidad en los enajenados, dice que no solamente es uno de los principales caracteres de las melancolías, sino que se manifiesta frecuentemente desde el principio de todas las enfermedades mentales; lo cual hace comprender, añade, la idea que determinó á Sauvages á colocar todas estas afecciones en la clase de las melancolías.

LA EXCEPCION DE LA REGLA

7. Es preciso reconocer que, algunas veces, todas las combinaciones del observador son inútiles, y en vano busca esa genealogía morbosa de que se trata. Es evidente que hay enajenaciones, sobre todo hereditarias ó periódicas, que empiezan por fenómenos distintos de la tristeza, que se inician por cantos, por ideas raras y caprichos extravagantes de la voluntad, por una necesidad de hacer y deshacer. Pero estos casos no se presentan una vez entre 50 enfermos, y deben tenerse por situaciones excepcionales, como en todas las enfermedades que ofrecen anomalías notables. ¿Se ven acaso siempre en las fiebres intermitentes los tres estadios de frío, calor y sudor? El frío falta unas veces, y en otras faltan los sudores; yo hasta he visto seguir el frío á las fiebres larvadas, y, sin embargo, nada es más cierto que la observacion que asigna á las fiebres intermitentes por caracter patognomónico los periodos de frío, de calor y de sudor.

No atribuyáis, pues, á mis ideas un alcance que no tienen. Se encuentran casos que burlan todas las previsiones, y yo no titubeo en decir que uno se encuentra todos los dias en esas situaciones en que es difícil asegurar cual es el origen de un mal que á veces nave no se sabe cómo, y que parece, como decían los antiguos, enviado

del cielo. ¿Pero es esta misma la posicion del médico enfrente de un gran número de enfermedades? ¿Puede indicar siempre con precision el origen del mal? Ciertamente no; ese rigor, matemático en cierto modo, no existe en nuestra ciencia.

No he pretendido, pues, explicarlo todo; he querido tan sólo arrojar alguna luz sobre uno de los puntos más difíciles y menos conocidos de la ciencia. Yo he tratado de penetrar un poco en el dedalo del pensamiento. Yo me he esforzado en establecer un vasto grupo de enfermedades, en hacer resaltar lo que todos los hechos que componen este grupo pueden tener de semejantes entre sí.

Tales son las frenopatías, enfermedades mentales que nosotros llamaremos esenciales.

LECCION VIGÉSIMATERCERA.

(CORRECCION)

SÉTIMA PARTE

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL SITIO DIFERENCIAL
EN LAS ENFERMEDADES MENTALES

Continuando la investigación de los fenómenos morbosos y su interpretación, me propongo determinar el sitio de las afecciones respecto al cerebro y a los centros nerviosos.

1. Me preguntareis sin duda cuál es mi opinión respecto a las diferentes cuestiones que suscita la doctrina frenológica de Gall, en su aplicación a la patología mental.

Pues bien; hé aquí mi respuesta en dos palabras:

El sistema frenológico no nos guía, ni en lo que se refiere a sus detalles, ni en cuanto a los elementos anatómicos indicados.

SITIO EN LAS CIRCUNVOLUCIONES. — DEDUCCIONES ANATÓMICAS

Después de las investigaciones de MM. Bayle, Falret, Voisin, de los estudios de los doctores Lallemand, Calmeil, Foville, Belhomme, y después de los trabajos anatómicos de Gall, la atención se ha dirigido especialmente sobre las circunvoluciones cerebrales cuando se trata de determinar el sitio de las frenopatías. En las re-

giones periféricas del cerebro, en la sustancia cortical de los emisferios es en donde con más frecuencia se han observado las lesiones en los enajenados.

No obstante, este sitio no es el de todas las enajenaciones. No siempre en la sustancia gris es donde se han reconocido las alteraciones anatómicas de la materia cerebral; algunas veces se las ha encontrado en la sustancia blanca, y apenas hay parte encefálica que no se haya encontrado lesionada á consecuencia de la enajenación.

2. Pero aquí nacen las dudas.

Esa extrema locacidad de los maníacos, ¿parte de las masas nerviosas que se apoyan sobre las bóvedas orbitarias? ¿Emana de los pedúnculos, del cerebelo, de los tubérculos cuadrigéminos?

Y en esas singulares anomalías de la memoria, en esa impotencia para encontrar la palabra, las frases adecuadas, ¿cuál es entonces el órgano lesionado? ¿Es la sustancia cerebral que ocupa la parte media de la frente, como lo creía Gall cuando colocaba allí la memoria de las cosas? ¿Está en las radiaciones que se encuentran detrás de las cejas y que han sido indicadas por este frenólogo como el órgano de la memoria de las palabras? (1)

En los enajenados orgullosos, ¿es en la parte media del occipucio y de los parietales donde debe buscarse la enfermedad?

La crueldad, las inclinaciones agresivas, ¿reconocen el estado morboso de un órgano situado por encima del orificio auditivo?

Y la astucia, la coquicia, el robo, ¿debe buscarse allí donde los frenólogos han colocado estas tendencias, en las partes laterales y superiores de la cabeza?

En cuanto al cerebelo, ya sabéis cuál es mi opinión respecto á sus funciones: no puedo admitir que la erofomania esté localizada en este órgano.

No lograría explicar los síntomas culminantes de la enajenación mental, por el predominio exterior de tal ó cual región craneana, marcada por los frenólogos.

3. No puedo desconocer, sin embargo, que la teoría de Gall encierra verdades incontestables. Pero si la consideras respecto á

(1) Después de las investigaciones de M. Broca, se ha fijado mejor este punto; todo el mundo conoce el papel que, según estos estudios, desempeña la tercera circunvolución frontal izquierda en la formación de la palabra articulada.

las formas y al volumen del cráneo, encontrareis los hechos más contradictorios. Las cabezas de los imbéciles y hasta de los idiotas os embarazarán singularmente y os conducirán más de una vez á apreciaciones erróneas. En efecto, hé aquí un imbecil que tiene un cráneo muy pequeño y deforme, la frente estrecha y deprimida, la cabeza en forma de cono ó de tejado, la circunferencia del cráneo, tomada por encima de los ojos, apenas mide 40 ó 45 centímetros. Por el contrario, ese idiota que está allí, más estúpido que el primero, presenta un cráneo regular, una frente saliente, una cabeza que mide de 53 á 60 centímetros. Yo no titubéo en decir que he encontrado el grado de imbecilidad más pronunciado allí donde las formas eran más perfectas.

Esto es igualmente cierto para los hombres que observamos en la sociedad. Se encuentran unos cuyo cráneo es voluminoso y que apenas se distinguen por una inteligencia elevada; en otros, que tienen cráneos menos notables, se observa á veces un raro desenvolvimiento de las facultades intelectuales.

4. Mas, por otro lado, yo he visto idiotas que sabían contar muy bien, y que, sin embargo, eran incapaces de cualquier otro trabajo intelectual. He encontrado otros que comprendían fácilmente todas las configuraciones, que conocían muy bien las calles por donde pasaban, que recordaban perfectamente las personas á quienes hablaban, que indicaban inmediatamente una letra del alfabeto; pero que, apesar de los enlaidos mejor combinados, no conseguían jamás referir el nombre de la calle, el de la persona, el de la letra, la idea de las configuraciones.

DEDUCCIONES PATOLÓGICAS

5. Cierta orden de hechos militan en favor de una localización; tomaré por ejemplo las enajenaciones parciales.

Esto es lo que Gall y Spurzheim han hecho resaltar de una manera evidente.

Así lo prueban también muchas enfermedades provocadas por lesiones cerebrales.

Me acuerdo de una señora hemipléjica que había perdido enteramente el uso de la palabra y la facultad de escribir, pero que calculaba muy bien por medio de gestos, segun las cifras escritas por

otros; cantaba notas musicales sin poder convertirlas en frases articuladas. ¿No se ve, pues, en este hecho la abolición completa de la memoria, una demencia parcial, con persistencia de las facultades intelectuales?

Aquí se entrecruzan igualmente los departamentos cerebrales.

Uno de nuestros enajenados, maníaco, pasa repentinamente del furor á una completa calma, desde el momento en que se coloca al piano y toca con un raro talento las piezas más difíciles. Nada anuncia entónces la enajenación mental. Evidentemente hay en este maníaco un instrumento cerebral que no está invadido por la enfermedad y que le permite ejercer un arte que conoce con toda perfección. Pero ¿dónde está ese instrumento?

La multiplicidad de los órganos cerebrales es manifiesta; pero se nos escapa la determinación de su sitio respectivo.

SITIO EN LA BASE DEL CEREBRO

6. Es muy cierto, como acabo de decir, que las alteraciones anatómicas se presentan las más veces en los enajenados debajo de la bóveda craneana.

¿Sucede lo mismo en todos los géneros de enfermedades mentales? Sería un error el creerlo.

En la parálisis general, sí.

En muchos casos de demencia, también.

En la manía y en la melancolía, también.

Pero en las frenopatías de acción, no sucede lo mismo sin duda.

7. En la cuestion que nos ocupa no deja de tener importancia observar los fenómenos del hombre vivo cuando se presta atención á los desórdenes que yo llamaría sus satélites. De este modo quizás se logre levantar alguna punta del velo que encubre muchos grandes misterios.

8. Nada más singular que esos enfermos inteligentes arrastrados sin motivo por impulsiones extravagantes, involuntarias. Estos actos, unas veces crueles, otras extravagantes, no parten ciertamente del dominio de la razon; en efecto, la mayor parte de las veces no son más que una determinación ciega.

Siguiendo el trayecto de los nervios más influenciados en estas

afecciones, casi se podría indicar por las tangentes el sitio más probable de la enfermedad, como lo ha hecho ver M. Griesinger.

Las angustias y la repugnancia á comer, se comprueban frecuentemente en estas enfermedades.

A esta categoría de enajenaciones es á la que pertenecen generalmente, como acabamos de ver, los locos suicidas, homicidas, perezosos, ayunadores, gesticuladores, etc.

9. Ahora bien, la conservación de la inteligencia, en un estado anormal, de actos caprichosos, será una poderosa presunción que me inducirá á buscar el punto de partida de estas clases de yacnias en las partes declives del cerebro más bien que en las circunvoluciones sub-orbitarias.

Esto es lo que se ha pretendido reconocer en las excitaciones que descienden por los nervios viscerales, por los pneumogástricos.

Cuando los enfermos dotados de un apetito voraz, rehusan comer, hacen contorsiones con la boca, gesticulan, muerden, laceran, me parece ver los elementos de la enfermedad en las partes más centrales, en las más inferiores de la masa cerebral. ¿Quién sabe? Quizás esté en el bulbo raquídeo ó en algún centro vecino.

No es la voluntad moral, la voluntad de los hemisferios la que aquí funciona, es la voluntad impulsiva la que trastorna á la otra en actos musculares.

10. En esta materia no deben despreciarse los resultados obtenidos por las vivisecciones. Los animales á quienes se destruye una gran parte de los hemisferios ó los lóbulos en su totalidad, conservan la facultad de moverse, de obrar con fuerza sobre los músculos. Resulta también de las investigaciones de M. Longet que no pierden la facultad de la imitación espontánea. Pero estos animales están somnolientos, carecen de inteligencia, la desaparecida en ellos toda relación exterior.

11. Hay, pues, en las anomalías morbosas de la voluntad, dos condiciones que distinguir: la primera, hemisférica, interior, abstracta, psíquica, moral, como queráis llamarla; la otra, incitante, activa, muscular, aparente en sus resultados.

12. Añadamos con el Sr. Florens, una tercera condición, la de la inteligencia de los movimientos, la coordinación, la armonización de los actos musculares.

13. Consideremos atentamente la disposición anatómica de las partes cerebrales, las inserciones, las radiaciones nerviosas; todas

parten de la médula oblongada, todas convergen hacia el bulbo, todas las raíces nerviosas se dirigen hacia un punto; las unas de atrás á delante, las otras de adelante á atrás; destruid este punto, y al instante sucumbe el animal. Esto es lo que se ha llamado el nudo vital: el espacio nervioso comprendido entre las eminencias olivares y los tubérculos cuadrilóbulos.

Tal es el sitio que yo llamaré de la voluntad impulsiva, de esa voluntad que da á mi lengua la fuerza de la palabra, á mi mano la fuerza para escribir, á mis piernas la fuerza para sostenerme y para andar, á mi boca la fuerza para masticar los alimentos.

De ahí deben emanar esas impulsiones tan extrañas que caracterizan un gran número de enajenaciones. Allí es donde llegan las órdenes de los hemisferios pasando por los pedúnculos, cuyas fibras nacen en la médula y en el mesocéfalo; muchas de éstas son la continuación de las fibras mismas de la médula oblongada, y los dos pliegos que forman sufreo, como lo ha indicado muy bien M. Foville, las notables trasposiciones en los talamos ópticos.

14. Según el Sr. Longet, la voluntad de incitación reside en la protuberancia angular. Esta opinión es quizás la que más se acerca á la verdad. Sin embargo, el bulbo de la médula está en una relación mucho más íntima con la conservación de los actos musculares que el mesocéfalo, que está más bien en relación con el cerebelo.

Si entro en todos estos estalles, es porque deseo demostraros que, cuando se trata de descubrir el sitio de las enfermedades mentales, no debemos fijarnos de una manera exclusiva en las circunvoluciones del cerebro; la base central de la masa encefálica puede tener su parte de importancia en estas investigaciones, sobre todo cuando se trata de locuras impulsivas, sin desórden en las ideas.

15. El Dr. Nablé va más lejos; creo deber buscar la enajenación motiva sin delirio en el cuerpo estriado, en los talamos ópticos; dicho autor coloca el sitio de la sensibilidad emotiva (*emotional sensibility*) en esos centros ganglionares de la masa cerebral. Comparad á este propósito lo que el Dr. Luys, en su obra titulada *Le cerveau*, dice de la intervencion de los talamos ópticos en los fenómenos de la sensibilidad corriente. Dicho autor considera estas causas como una especie de encefalada donde vienen á concentrarse todas las sensaciones antes de irradiarse en los departamentos particulares que él les asigna en la sustancia gris de las capas corticales.

No hace mucho tiempo se publicaron algunas monografías sobre el sitio de las enfermedades mentales.

1.ª Las *Memoires sur la localisation des fonctions cérébrales et de la folie*, por Bellhomme.

2.ª El libro de Werner Nasse, titulado: *Commentatio de functionibus singularium cerebri partium*.

3.ª Las *Pathologische Darstellungen* del Dr. Bergman, insertadas en el 7.º tomo de la *Allgemeine Zeitschrift*, de Damerow, etc.

La naturaleza de estas lecciones no me permite examinar en detalle las opiniones emitidas en dichas colecciones, las cuales se hallan basadas en el estudio de los hechos.

A las producciones que acabo de indicarlas, añadiré también la del Sr. Lelut, el *Royal de l'organologie de Gall*, y, sobre todo, un tratado del mismo autor sobre la cuestión: *¿Qu'es-ce que la phrenologie?* Es una apreciación, bajo el punto de vista de la filosofía, de la doctrina de Gall y de Spurzheim.

El *Examen de la Phrenologie*, por Fleurens, merece también ser citado, respecto de la unidad del principio moral, del yo de la inteligencia en relación con la unidad del cerebro, que el autor se esfuerza en establecer.

No puedo omitir tampoco el nombre de Carns, por sus estudios craneoscópicos, que han sido publicados en los *Archives de Müller*, bajo el título de *Ueber wissenschaftliche cranioscopie*.

Véase igualmente un trabajo titulado *Résumé d'observations relatives à l'histoire naturelle du crâne humain*, por Gratiolet, inserto en los *Annales Médico-psychologiques*, 1858, t. IV.

El Sr. Baillarger ha publicado en la misma colección un trabajo sobre la mensuración de la gran superficie cerebral. Del mismo autor se poseen las *Recherches sur la structure du cerveau*, que presentan un incontestable interés.

Se pueden consultar también los trabajos siguientes:

The human mind in its relations with the brain and nervous system, por Daniel Noble, artículo inserto en *The asylum journal*, 1858, por Churchill.

Bemerkungen über den Stehltrieb (eleptomania) in Beziehung auf die Phrenologie, Bergmann. *Zeitschr. für psychiatrie*, 1854.

Beitrag zur Lehre des Schädelmessungen del Dr. Seifert.

Dr. F. K. Stahl, *Einige Klinische studien über Schädeldeformationen*.

Noble, *Elements of psychological medicine*.
Voppel, *Beitrage zur craniometrie*. *Allgem. Zeitschrift für psychiatrie*, 1857.

Von Krafft-Ebing, *Die sinnesdelirien. Ein versuch ihrer physiopsychologischen begründung und klinischen Darstellung*.

Wundt, *Grundzüge der physiologischen psychologie*, 1874.

Lays, *Le cerveau*, 1876.

D. Ferrier, *The localisation of cerebral disease*, 1878.

Herman Nothnagel, *Topische diagnostik der geirnkrantheiten*, 1879.

OCTAVA PARTE

INTERPRETACION DE LOS HECHOS; TRANSFORMACIONES QUE SUFREN LAS FRENOPATÍAS

1. Si yo considero como muy problemáticas las indicaciones anatómicas que Gall ha suministrado sobre los compartimientos cerebrales, admito no obstante con una profunda convicción la existencia de ciertas zonas funcionales en la masa encefálica.

Las diversas formas frenopáticas deben tener asiento diverso en los sistemas nerviosos cerebrales. No es probable que la melancolía ocupe el mismo departamento que las alucinaciones. No puede suponerse que la manía erótica tenga su asiento allí donde se manifiestan, por ejemplo, las impulsiones destructoras.

2. En vez de complicarse con síntomas siempre nuevos, y de presentar en el fondo y por continuación el fenómeno radical de la enfermedad, la forma morbosa cambia a veces completamente. El enajenado, de furioso se vuelve melancólico, da prólogo se hace avaro y de erótico se convierte en ascético. Un enajenado, sumergido durante cinco ó seis meses en un estado de aplanamiento, se exalta, se expresa con volubilidad, romperá los objetos y lo trastornará todo. Un mismo enfermo puede pasar, durante el curso de la enajena-

ción, por todas las formas elementales y compuestas del estado frenopático.

¿SE PUEDE LA TRANSFORMACIÓN UNA LOCOMOCIÓN MORBOSA?

Cuando la enfermedad se transforma es preciso admitir, ó bien que el mal cambia de lugar, ó que aumenta de intensidad en uno ó otro órgano del cerebro.

Podría compararse á una gota de aceite que se fragua caudal lentamente á través de un tejido poroso. El mal parece atacar primero á los sentimientos, invadir la esfera de las impulsiones, de las pasiones, y llegar hasta el dominio de las ideas. La observación permite darse cuenta de este progreso, tan pronto rápido, tan pronto lento. Se distingue en cierto modo el momento en que pasa de un departamento funcional á otro.

En tal mujer que no ha tenido hijos, se establecen hábitos marcados por una gran devoción; evita toda relación sexual con su marido, al cual continúa amando con un afecto puramente moral. Este estado dura meses, años y, por fin, es sustituido por nuevas inclinaciones. Semejante cambio puede señalarse por trasportes eróticos, y hasta puede no aparecer la enajenación mental de una manera evidente. Pero tal estado reviste más tarde otra forma. Frecuentemente la enferma no puede soportar la presencia de su esposo. Accesos de cólera y furor anuncian el estado maníaco, al cual sucede á veces un reír continuo.

Un largo y violento dolor moral, que de día en día se hace más fuerte, se metamorfosea, se complica de ilusiones morbosas. El enfermo cree que su hijo, que su mujer deben morir, ó bien que es él mismo quien debe perecer en la guillotina. Seguidamente le viene la idea de quitar la vida á un enemigo imaginario, ó bien se figura que debe matarse ó incendiar su propia habitación. Este tránsito de un disgusto á inclinaciones de destrucción, dirigidas contra personas que el enajenado amaba antes de su delirio, siempre me ha parecido digno de toda la atención de los patólogos, y, sin embargo, hasta el presente no ha fijado su atención sino muy débilmente. Lo encontramos en esas enfermedades descritas bajo el nombre de locura circular, donde la manía alterna con la melancolía; en esas situaciones en que una manía es sustituida por accesos de epilepsia,

ó los accesos de epilepsia son reemplazados por una manía, donde los accesos cataleptiformes, histeriformes, alternan regularmente á largos ó cortos intervalos con un estado de manía, de melancolía, de locura.

Acá se puede suponer que cuando una manía se transforma en melancolía, por ejemplo, la enfermedad cambia en el fondo de su naturaleza aunque cambie enteramente de forma. Se inclina uno á creer naturalmente que no hay más que una dislocación del elemento morboso sobre otros departamentos cerebrales. Es un cambio en el sitio del mal. Estos hechos abogan fuertemente en favor de la doctrina de Gall sobre las localizaciones cerebrales.

4. En muchos casos la metamorfosis se completa en poco tiempo, á veces hasta es instantánea; pasa del tono grave al agudo en algunos días, en pocas horas. Parece que la nueva forma absorbe y neutraliza la antigua; ésta reaparece frecuentemente más tarde, en la época de la convalecencia. Cuando el mal invade las ideas, abandona amenado los sentimientos. Estas dislocaciones, girá mejor, estas *metastasis psíquicas* explican, por decirlo así, cómo en un instante los enajenados se vuelven orgullosos, silenciosos, habladores, poetas, erotomanos, incendiarios, asesinos, suicidas, ladrones, etc.

Algunos patólogos alemanes se han servido de una palabra expresiva para designar este progreso rápido de la enfermedad. Le llaman *überspringen, überspringen*, es decir, saltar. Broussais emplea el término *resaltar*. Pero la expresión *überspringen, überspringen* es más energética; es franquear los límites, es descarrilar; casi se podría decir, en sentido figurado, que el mal ha saltado, que ha rebotado para caer en otro recinto.

5. De consecuencia en consecuencia, el exámen de la cuestión nos conduce á entrever en el estado frenopático yo no sé qué oscilación, qué ondulación, qué emigración, se le podría comparar á un principio en movimiento en el órgano cerebral. A juzgar por los fenómenos exteriores, parece fijarse tan pronto en los centros de las impulsiones, tan pronto dirigirse sobre los órganos nerviosos de los actos instintivos, sobre el dominio de la sensibilidad, sobre la esfera de las ideas. Algunas veces parece que la vida abandona á los sentidos; los enajenados se hacen insensibles físicamente, mientras que un principio excitador afecta la sensibilidad moral y eleva los sentimientos al más alto grado de exaltación.

LUCIDEZ Y OFUSCACION

6. La enfermedad admite intervalos lúcidos.

El enajenado que vuelve en sí está iluminado por una luz toda inteligencia, por la claridad de la razón. El conocimiento de sí mismo, el conocimiento de la verdad, supone una visión interior. No se concibe bien el alma más que como una luz, como la consideran los Padres de la Iglesia; luz que refleja las imágenes como en un espejo. Cuando el paciente pierde esta lucidez, cuando la enfermedad vuelve á atacarle, parece interponerse un objeto entre el yo y ese agente que le ilumina.

7. ¿No se podría admitir, me he dicho con frecuencia, que tan pronto haya contracción, tan pronto dilatación del elemento morboso? Cuando el mal se retira se simplifica, se reduce á un matiz pálido, viene á ser una miniatura; pero existe, continúa en germen, en estado embrionario, diría yo, teniendo formas casi imperceptibles; entonces es cuando permite al espejo del alma aclarar el dominio de la reflexión. Pero reaparece la vesania; se agranda, adquiere proporciones considerables, gigantescas; las formas patológicas se transforman como en un kalsidoscopio. Lo que no era más que un malestar, una ansiedad, una queja vagamente definida, se convierte en una manifestación completa, en un discurso rico en detalles, en un conjunto de actos imponentes.

En ciertos enajenados, este tránsito de la luz á las tinieblas es extremadamente notable. Ellos os dirán:

Estoy bien.

Reconozco mi estado.

No concibo como en algunos momentos no puedo ver la verdad tal como la veo ahora.

Que una figura extraña se presenta rúpidamente, y la razón pasa á un estado de ofuscación completa, se establece el delirio. Este enfermo os dirá:

Allí están.

Vienen á prenderme.

Quiéran agarrortarme, conducirme al cadalso.

Medía hora de calma basta para disipar esta especie de eclipse

del alma, esos matices que se pueden considerar como las sombras de una linterna mágica.

9. Sucede que los enajenados vuelven en sí instantáneamente; salen como de un sueño y quedan curados. Entonces sienten un poder que les faltaba todavía algunos minutos antes.

Esquirol ha citado un caso de curación instantánea; M. Briere ha publicado la relación de un hecho de esta naturaleza; yo los he visto también, pero muy rara vez. Hay convalescentes que me han dicho: *Estaba como si alguna cosa se abriera en mi cabeza*. Una señorita me decía: Yo creo que no vivía nada á mi alrededor, que el médico, que las hermanas, que los enfermos, eran todos muñecos, y de repente me convencí de que todas estas personas vivían en realidad. Luego añadía: ¿Hay aquí, indicando con el dedo la parte superior de la frente, una cortina que se abra y que se cierra?

¿Quién sabe hasta qué punto decía verdad esta enferma!

En efecto, ¿no parece que haya en el órgano cerebral párpados, válvulas, diafragmas, que permiten ó impiden conocer la verdad, descubrir el error?

Siempre me ha sorprendido el efecto inmediato de ese fenómeno de ofuscación y de lucidez.

Siempre he creído reconocer en esto la acción de un órgano que se cierra y que se abre. He dicho ya, antes de este retorno á los intervalos lúcidos, que el enfermo podía ser comparado á las nubes que oscurecen el sol, que se disipan de tiempo en tiempo y permiten el paso de los rayos luminosos, que yo comparo á la claridad de la razón. Yo creo que, si las enfermedades mentales difieren entre sí por una multiplicidad de formas, parecen, sin embargo, confundirse en una unidad muy simple. Un mismo principio morboso parece oscilar sobre los diversos departamentos del entendimiento. Este principio obraría sobre los diferentes instrumentos del sistema intelectual; el acento, el sonido, la respuesta, la reacción que provoca, dependería del instrumento puesto en acción; de ahí nacería en un caso una melancolía, una manía en otro. etc. ®

NOVENA PARTE

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL ESTADO ÍNTIMO
DE LOS ACTOS MORBOSOS CONSIDERADOS EN LAS ENFERMEDADES MENTALES,
EL ESPIRITUALISMO Y EL MATERIALISMO.

1. Ese agente que parece moverse, circular, oscilar en el sistema intracraneano, ¿es una sustancia compuesta, consistente, ó bien un imponderable semejante al que ocasiona los cambios de lugar del principio morbozo, tan frecuentes y tan notables en las neurósís propiamente dichas?

Acabamos de verlo; una oscuridad profunda envuelve la creación de las funciones del cerebro considerado como órgano y como espíritu. No es dudoso que el cerebro participa de los actos físicos; pero de qué manera? ¿Conocemos los límites donde principia el elemento psíquico y los en que acaba la acción somática?

2. Escuchad al espiritualista, apenas si quiere reconocer la intervención de un elemento corpóreo, nervioso, en la manifestación de los fenómenos del entendimiento.

En cuanto al materialista, es tan exclusivo como el primero; no ve en todas partes más que tramas vivas y operaciones químicas.

3. Pero la razón científica nos dice que no hay actos orgánicos sin excitantes. El corazón funciona porque la sangre le estimula; no debemos admitir también un agente que circula ó oscila en la sustancia nerviosa y que provoca su actividad funcional? Las corrientes musculares probadas por los experimentos, las corrientes magnéticas, los efectos del Mesmerismo, ¿no suministran poderosos argumentos en favor de la opinión, que coloca un imponderable en la trama íntima de la sustancia nerviosa?

4. ¿Vosotros lo sabéis ya, ¿cuántos hechos asombrosos existen basados en el estudio de las enfermedades que quitan al elemento anatómico una gran suma de su importancia?

Sin duda alguna, millares de casos demuestran que las afecciones cerebrales trastornan los actos del entendimiento; sin embargo,

de vez en cuando, algunos hechos, raros en verdad pero bien comprobados, demuestran que ciertas destrucciones amenudo considerables de la pulpa cerebral no han ocasionado ninguna lesión de las funciones de la inteligencia.

5. Cada uno resuelve esta cuestión á su modo; por lo que á mí toca, reconozco en la economía animal un no sé qué, áun cuando no lo veo, no lo toco; encuentro un elemento provocador de los actos. Esta gran actividad, esta inmensa reacción del individuo sobre el mundo, y esta fuerza que se manifiesta en una masa palposa formada de fibras tubulosas que parecen salir de un fluido; esta prodigiosa potencia, con su facilidad de comprender y de querer, de retener los hechos y de prevenir los acontecimientos, hé aquí, en mi concepto, un orden de fenómenos especial.

EXCITACIONES CEREBRALES

6. Las extremidades del nervio visual que forman la retina no hacen nacer la sensación de la luz más que cuando el agente de este nombre hiere la citada túnica nerviosa.

Las expansiones del nervio del gusto sólo transmiten al centro intracraneano las sensaciones gustativas, cuando son excitadas por cuerpos especiales.

Los músculos sólo se contraen bajo la influencia de una irritación comunicada por las corrientes nerviosas.

Ahora bien; no puede hacerse una excepción por lo que toca á las raíces nerviosas implantadas ó encurvadas en el cerebro, esas raíces microscópicas á las cuales se ha dado el nombre de fibras primitivas; para obrar, necesitan también un excitante.

Semejante agente no será el nervio.

Suponed que este nervio nace por sus fibras radicales, primitivas, en una célula cerebral, en un nucleolo, en un intervalo de célula: en todos los casos, sus fibras iniciales exigen, en la extremidad central del nervio, como en su extremidad periférica, un excitador funcional.

7. Dad á este excitador el nombre de voluntad, de libertad, de atención, de imaginación, de juicio, de raciocinio, de idea, no importa; debéis admitir siempre en el sistema cerebral un factor inicial que obra sobre los nervios y los estimula.

Tal agente se revela en la espontaneidad de nuestros actos.

La espontaneidad supone en nuestra moral fuerzas que contienen el principio de su iniciación.

Nos lleva siempre á la idea de un estimulante de la fibra nerviosa colocado fuera de ella. Toda acción orgánica, funcional, se halla subordinada á un estímulo.

Ahora bien; ¿qué pensar de la acción del cerebro cuando nos decimos á nosotros mismos: partámos? Este impulso espontáneo que se manifiesta algunas veces en medio de un profundo sueño, este impulso que conmueve todo el organismo, debe ser algo distinto de una partícula anatómica.

(Este modo de considerar las fuerzas del alma se halla expuesto en diferentes Memorias de un médico muy conocido, el Dr. Schroeder van der Kolk, tituladas: *De los caracteres diferenciales que presentan las fuerzas vitales muertas, las fuerzas vitales y la fuerza del alma. Over het verschil tusschen doode Natuurkrachten, Levenskrachten en Ziel.* — *De la influencia del cuerpo sobre el alma. Over den invloed van het Lichaam op de Ziel.* — *De las relaciones y de la acción recíproca de las fuerzas del cuerpo y del alma en el hombre y los animales. Over het Verhoudt en de Werking tusschen Lichaam en Zielkrachten bij mensch en dier.*)

Se puede, pues, decir con razón que lo que pasa en las extremidades nerviosas de la periferia sucede igualmente en las extremidades nerviosas de los centros; en otros términos, que hay en las fibras cerebrales un agente que las incita cuando reaccionan sobre el mundo exterior.

Que el pensamiento, pronto y fúlgaz como un relámpago, no sea más que un acto de las fibras cerebrales ó de las células y nada más, es una cosa que no puede creer, porque cierto impulso interior me impide admitirlo.

Enunciar que la voluntad que solicita los actos y la voluntad que los detiene con una velocidad que no podemos calcular no son más que manifestaciones de la sustancia gris ó de la sustancia blanca y nada más..., no es satisfacer á las exigencias de un espíritu que examina y que razona.

Pres tender que la inteligencia que crea, que clasifica, que distribuye, que el genio que busca, que combina, que hace y deshace las ideas, no es más que una operación de la materia nerviosa, es lo que no anuncia esa unidad admirable que reina en el conjunto de tales actos.

Así, no se pueda sentir sin tener atención, no se puede atender sin juzgar, no se puede juzgar sin razonar, sin calcular, sin llamar en nuestra ayuda la memoria y la imaginación, la reflexión y la libertad moral.

9. ¿Que se intente explicar todo esto por las fibras, las células, los nucleolos!

¡Que se nos diga cómo se entienden todos estos elementos anatómicos para conservar una admirable armonía en el conjunto!

Cuanto mayores investigaciones se hagan acerca de la estructura íntima del cerebro, mas nos convenceremos de que no debe descubrirse el factor funcional del sistema nervioso en los cuerpos visibles, ponderables, sino más bien entre los agentes invisibles, impalpables, imponderables.

Se necesita partir del mundo de los agentes ocultos.

Un sér invisible se encuentra evidentemente en el sér visible, ponderable.

El cerebro recuerda el órgano con sus tubos que una potencia inteligente hace juzgar.

Su parte en las operaciones psíquicas debe ser inmensa.

Segun ha dicho muy atinadamente un conocido escritor, este órgano tiene vías de aspiración y vías de emersión.

Una inteligencia provoca su actividad regular.

Un factor modifica al parecer las notas discordantes del instrumento cerebral en su estado de desórden.

Aquí, un principio incomprensible, concebido por inducción, nos aparece como una fuerza unitaria, cualesquiera que sean sus manifestaciones.

UN AGENTE IMPONDERABLE, INVISIBLE, IMPALPABLE.

10. Más allá de esos millares, de esos millones de fibras nerviosas; más allá de esas células y de sus nucleolos que constituyen la trama cerebral, nuestros sentidos no describen nada, mientras que nuestra razón entré todavía alguna cosa.

¿Que encontramos en ese hito metálico que desde Londres transmite un pensamiento á París?

¿Que es la fuerza de cohesión, sin la cual el mundo sería un polvo, un vapor, moléculas aisladas, masa nebulosa?

¿Qué es ese agente que se llama la luz?

¿Cuál es el vínculo armonizador de esos globos celestes que ruedan suspendidos en el incommensurable espacio?

Aquí el espíritu humano debe confesar su impotencia.

Se encuentra en presencia de Dios, de la eternidad, del espacio sin límites.

El gran misterio del hombre es la potencia de su alma.

La luz de su inteligencia es la que va sin ojos y oye sin oídos, la que responde á las preguntas que el hombre se dirige á sí mismo, que dice al hablar de su propio ser: *yo soy, yo siento, yo quiero, yo pienso.*



INDUCCIONES

11. Como veis, nos elevamos á las regiones etéreas de la ciencia, no tocamos ya á la tierra; nuestro lenguaje debe resentirse de esto.

Carecemos de la brújula ordinaria y caemos en las inducciones. ¡Cuántas dificultades!

Sin embargo, las inducciones franquean el camino á los experimentos y á la observación, y por eso no debemos despreciar ese elemento de estudio, que también tiene su importancia.

No puede menos de reconocerse su valor cuando se apoya en consideraciones prácticas. En efecto, conduce á descubrimientos útiles, y, no vacilo en decirlo, la ciencia tiene que hacer grandes progresos bajo este punto de vista.

Sería equivocado crear que en la demostración de un principio científico debemos limitarnos exclusivamente á las pruebas que puedan percibir nuestros sentidos.

La anatomía da preciosas nociones.

El examen microscópico revela más de una verdad.

La química explica muchas cosas.

Pero toda la solución del problema fisiológico ó médico no se halla subordinada á una observación ó á un experimento.

(El Sr. Leuret, dice con razón (*Indications à suivre dans le traitement moral*) que se ha modificado mucho, que se ha hecho ménos afirmativo sobre la causa material de la locura, que no cree generalmente que el pensamiento sea segregado por el cerebro, como

la bilis es segregada por el hígado. La localización de las facultades del entendimiento en un punto determinado del encéfalo ha envejecido mucho y parece extraña; las palabras psicología, psiquismo, salen de la boca de algunos que durante mucho tiempo apenas hablaban de alteración, de irritación, de inflamación.)

Están estimulados los que tienen un apetito voraz, los que, apesar de una temperatura exterior fría, suelen tener la piel caliente y hilitosa.

Están estimulados aquellos cuyo corazón late con excesiva frecuencia.

Las alucinaciones, las concepciones erróneas, indican amenudo estímulos morbosos del dominio ideal.

3. Imponed al hombre un trabajo penoso, arduo; colocadle en la posición de una persona que se entrega a laboriosos estudios, tendrá un humor especial, no sufrirá que se le contradiga ni que se le hagan observaciones, se responderá con fraseses irritantes, se declarará un fuego en todo su estado moral.

Otro tanto puede decirse de las demás situaciones en que una causa orgánica estimula el cerebro; por ejemplo, en las personas que despues de un ataque de apoplejía llevan en el sistema cerebral quistes, focos de sangre, falsas membranas; ordinariamente estas personas se hacen reconocer por una excitabilidad extraordinaria; los motivos más banales provocan amenudo emociones muy vivas ó bien accesos de irascibilidad y de cólera, que recuerdan la disposición de espíritu en los epilépticos.

4. Las impresiones en los enajenados son recibidas por un sentido doloroso; atraviesan en cierto modo un prisma dolorido.

Un aumento de estimulación, sobre todo en el período ascendente del mal, debe tender las más veces á complicarle, á hacerle pasar de un estado simple á un estado compuesto ó complejo. Las impresiones que interesan el alma son generalmente perjudiciales al principio de la enfermedad.

Importa para la curación no perder nunca de vista el foco de excitabilidad morbosa que existe en el fondo de la mayor parte de las enfermedades mentales.

Establezcó, pues, que en la mayoría de los casos reconocen una estimulación funcional.

Influencias viscerales.

1. Créo conveniente decirnos algunas palabras acerca de una doctrina que ha tomado su origen en Alemania.

Los hombres que la profesan no ven en las frenopatías más que afecciones viscerales; son irradiaciones morbosas que se transmiten desde las vísceras al sistema cerebral.

LECCION VIGESIMACUARTA

CONTINUACION

ALERE FLAMMAM
VERITATIS

PARTE DÉCIMA

LAS LEYES DE LA ESTIMULACION NOS GUÍAN EN LA EXPLICACION
DEL MAYOR NÚMERO DE LOS FENÓMENOS FRENOPÁTICOS

1. Heinroth fué el primero en precisar la importancia que presenta, en el estudio de las enfermedades mentales, la consideración de los fenómenos de la irritación. Es deplorable que este grande hombre, dominado por un pensamiento esencialmente falso, se haya perdido en medio de un sinnúmero de ilusiones y de quimeras.

Tengamos cuidado de notar, bajo el punto de vista histórico, la influencia ejercida sobre la apreciación de los fenómenos que caracterizan las afecciones de la moral, por la doctrina de Bonissais, principalmente por las ideas que este médico ha expuesto en su obra sobre la *Irritación y la locura*.

2. Es cierto que muchos enfermos se hallan sobreexcitados ó lo han estado cuando parecen sumergidos en un estado de profundo abatimiento, ó, cuando rígidos y tensos, los músculos anuncian la inmovilidad del éxtasis.

Estos enfermos están estimulados cuando su lengua expresa multitud de palabras.

Están estimulados cuando una voluntad energética les impulsa á peregrinaciones, á movimientos continuos; cuando hacen y deshacen sin cesar trabajos apenas comenzados; cuando despliegan una gran energía de carácter que contrasta con su estado habitual.

Estas influencias se han llamado corporales ó románticas.

2. Según unos, debe buscarse principalmente el asiento de las vesanias en el sistema ganglionar.

Según otros, debe colocarse el origen de las enfermedades mentales en el sistema vascular, y, sobre todo, en los vasos de la vena porta, en los vasos hipogástricos.

La enajenación no sería más que una afección sintomática.

El diagnóstico se fundaría en el exámen físico del enfermo. Las lesiones funcionales de los órganos elaboradores de la materia nutritiva deberían principalmente llamar la atención.

El tratamiento tendría especialmente por objeto restablecer las funciones viscerales.

En los trabajos de Nasse, Jacobi, Flemming, encontrareis los principios de esta doctrina; la han defendido con talento y con toda la perseverancia de los hombres convencidos.

3. Se han fundado en los resultados cadavéricos. Ha prevalecido la consideración de que en los enajenados se encuentran mucho más a menudo lesiones anatómicas en las vísceras que en el cerebro, que más de una vez se encuentra exento de toda alteración anatómica, mientras que se observan lesiones considerables en los órganos de la nutrición.

4. Pero esta frecuencia de las lesiones viscerales en los enfermos sometidos á las influencias más perturbadoras no tiene nada que deba sorprendernos. La enajenación mental y el disgusto y el terror que pueden engendrarla, obrando sobre el sistema circulatorio y trastornando su acción, ocasionan éxtasis venosos; no tiene, pues, nada de extraño encontrar después de la muerte el sistema venoso en estado de infarto.

No debe sorprendernos encontrar en las mujeres los plexos hipogástricos, los vasos mesentéricos y los vasos del hígado infartados, cuando se reflexiona que en la casi generalidad de los casos hay en ellas supresión del flujo uterino. Nada más común que encontrar enfermedades del corazón, del hígado, del bazo; en efecto, las pasiones, las angustias desarrolladas en los trastornos de la moral, deben ejercer una gran influencia sobre estas vísceras. Así lo prueba el útero; cuyas funciones están extraordinariamente suspendidas, como acabo de decir, en las enajenaciones mentales.

5. ¿Y cómo no explicarse la perturbación que surge en los flúidos nutritivos cuando se presta atención á la irregularidad del régimen

que siguen los enajenados, á las abstinencias que se imponen voluntariamente, al mal aire que inspiran, á las intemperias que les expone su demencia; á la debilidad en que les sumen las emisiones seminales á menudo solicitadas?

Ahora bien; las causas más numerosas de las enfermedades que nos ocupan son las que obran sobre el órgano del entendimiento por vía funcional. Son las perturbaciones directamente oculares, que provocan sobre todo enfermedades de los ojos; lo propio puede decirse de los modificadores fisiológicos, que engendran las más veces frenopatias. Son las causas frénicas, cerebrales, y no las causas viscerales que conducen directamente á estas vesanias.

Si la enajenación mental fuera siempre producida por un estado visceral, ¿cómo podría concebirse esas formas frenopáticas que siguen las diferentes vicisitudes de la sociedad? ¿Cómo es que en épocas de devoción y de exaltación religiosa predominan las vesanias de carácter religioso? ¿Por qué estas enfermedades siguen las fases de la agitación social? ¿Cómo explicar esas curaciones repentinas que algunas veces sobrevienen en los casos crónicos, bajo la influencia de los modificadores cerebrales, por ejemplo del terror?

6. Creó, pues, que de lo dicho debe deducirse:

I. Que el estado morbosó de las vísceras es las más veces accidental en el desórden del entendimiento, que ordinariamente es efecto de una influencia directa ó indirecta de la moral sobre los órganos de la nutrición ó de la generación.

II. Que algunas veces la influencia de las vísceras es real, pues crea una predisposición á las perturbaciones frénicas.

III. Que, en los casos más raros, el estado visceral produce directamente el estado frenopático. La enfermedad que surge entonces es una afección simpática.

Lo que acabo de decir se aplica á algunos delirios simpáticos procedentes de un infarto melánico, de afecciones de los ovarios y del útero, y sobre todo á esas enajenaciones que se declaran en las mujeres en la edad crítica, y que, indudablemente, se hallan en relación con la supresión del flujo cataménial. Las afecciones del corazón dan también lugar á delirios simpáticos.

Esta irradiación sintomática no puede ponerse en duda; pero sólo existe en ciertos casos, y dista mucho de ser tan general como se ha dicho. Lo cierto es que se ha exagerado mucho y se ha hecho la aplicación de la manera ménos satisfactoria.

Alteraciones de los fluidos.

1. Los antiguos buscaron la causa orgánica de la melancolía, aun la de la manía, en una alteración de la *bilis*, en la bilis negra.

Algunos la han colocado en la *sangre*; los antiguos naturalistas veían en este fluido el origen, el receptáculo de la vida.

Ya más de una vez los modernos han creído encontrar en este fluido un modificador especial del sistema nervioso, del sistema cerebral particularmente; y así lo prueban sobre todo los experimentos de Richat y de Legallois. Hombres de gran mérito han hablado de la influencia que ejerce el corazón sobre el sistema cerebral. El trabajo del Dr. Burrows, publicado recientemente con el título *On the disorders of cerebral circulation*, tiene principalmente por objeto probar la veracidad de este aserto.

Que la sangre modifica las cualidades morales e intelectuales, no puede negarse. Schroesler van der Kolk lo ha demostrado perfectamente en su tratado sobre la influencia del cuerpo sobre el alma (*Voortzetting over den invloed van het lichaam op de ziel bij den mensch*).

Debeis también tener en cuenta la acción que ejercen sobre la moral las intoxicaciones sanguíneas; por ejemplo, las producidas por liebres espirituosas, por plantas narcóticas introducidas en el torrente circulatorio. Indudablemente aquí, la sangre alterada en su constitución obra de una manera no dudosa sobre los actos cerebrales. Por la sangre son producidas en este caso la perturbación de los ideas, el delirio que acompaña á gran número de intoxicaciones, sobre todo las producidas por el cáñamo indiano, el beleño, la belladona, el ópio.

Es también muy cierto que, en la anemia clorótica, en la caquexia palúdica, en el escorbuto, en la disercasia sífilítica, y algunas veces en las alteraciones psíquicas, la moral se halla singularmente modificada á consecuencia de una alteración que sufre la sangre.

En las afecciones hipocóndriacas sobre todo, la consideración de la alteración de la sangre, de un desórden sobrevenido en la circulación de la vena porta, es muy importante.

También se puede observar en la diatesis gótica la influencia de los fluidos alterados sobre la moral; los que viven cerca de los gotosos conocen perfectamente el humor especial de estos enfermos, lo mismo que el cambio notable que se efectúa en el carácter cuando el humor podagrico se ha desprendido por las orinas ó por una flogosis articular.

2. Sin embargo, no debemos imaginarnos que la sangre, por su composición química, por su dinamismo, juega el principal papel en la patología mental, aunque de vez en cuando veamos prevalecer esta idea. Así, el Dr. Brunet sostiene que en una enajenación esencial idiopática la enfermedad tiene su asiento en la sangre. El doctor Becknill emite una opinion análoga. Puede suceder, en efecto, como ya he dicho, que los fluidos sean el punto de partida de una perturbacion psíquica; pero, sin embargo, en último resultado, el sistema nervioso es el que se presenta como el factor principal en la evolución morbosa.

El estímulo patológico puede llevar la sangre al cerebro; este fluido puede experimentar alteraciones notables; pero no es en él, sino en los vasos en que se mueve, los que deben considerarse como los productores íntimos del mal. El agente radical es el sistema nervioso con un factor misterioso.

El sistema nervioso, que es impresionado por el agente etiológico, es el elemento nervioso que reacciona y cuyas influencias se irradian en todos sentidos. Las congestiones arteriales ó venosas rara vez son causa de enajenación mental; generalmente no producen más que resultados secundarios. El sistema nervioso está en el fondo de todos los fenómenos de esta enfermedad. Esto es lo que yo he observado más de una vez, y lo que Amelung ha demostrado perfectamente en sus *Beiträge zur Lehre von den Geisteskrankheiten*.

En la mayor parte de los casos, el estado frenopático reconoce, pues, un estímulo del sistema nervioso.

La inflamación.

1. Partiendo del principio de que el desórden mental es las más veces una excitación, y no debe verse en semejante estado morboso más que una irritación inflamatoria del cerebro en el sentido ordinario que se da á tal estado patológico?

2. Para admitir en los enajenados la existencia de un estado inflamatorio ó subinflamatorio, se han fundado los autores en la frecuencia de las alteraciones orgánicas observadas después de la muerte. Seguramente, si sólo se consultaran los hechos administrados por las autopsias, estaríamos tentados de admitir la opinion de los que se empeñan en no ver en toda irritación más que la invención de los capilares.

Pero, tenedlo muy en cuenta, estas alteraciones, estos indicios

de inflamación, apenas los encontrareis más que en los casos crónicos y sólo excepcionalmente en estado agudo, y en esas situaciones en que el trastorno mental es tan sólo la expresión sintomática de una lesión orgánica primitiva.

B. El estado inflamatorio, si se encuentra en los enajenados, es el resultado, la consecuencia, de un estado más primitivo.

Esta condición morbosa inicial es el estado nervioso; el estado orgánico capilar es consecutivo. Yo lo pruebo.

A. Si el estado inflamatorio fuera primitivo, el tratamiento debilitante sería un magnífico recurso para combatir las frenopatías; pero la práctica nos enseña que no hay nada de esto.

B. El estado inflamatorio tiene sus síntomas propios: la fiebre, el estupor, la prostración, la anorexia, la rigidez, los dolores cefálicos, las convulsiones, una marcha rápida.

Estos indicios en vano se buscarán en los enajenados en general.

C. ¿Cómo concebir la inflamación en sujetos que están maníacos ó furiosos 25 ó 30 años, maníacos periódicamente y que curan algunas veces cuando llegan á una vejez avanzada?

La duración infinitamente larga de la enfermedad debe hacernos rechazar la hipótesis de un estado primitivo, real.

Comparad, pues, la enajenación á esas inflamaciones francas de la pulpa, que allá donde se establecen, tienen un curso muy rápido; los enfermos sucumben en pocos días.

D. ¿Cómo explicarse las curaciones repentinas de la manía, si se admite que se refiere directamente á la inyección roja de los capilares?

E. ¿Cómo darse cuenta de la espontaneidad, de la periodicidad de los accesos, de la predisposición congénita de los individuos, cuando se considera el estado inflamatorio como inicial en la patología mental?

F. Importa mucho advertir que la inflamación tiende siempre á detenerse, á neutralizar las funciones de las partes que afecta.

Este efecto es más pronto en la trama nerviosa que en cualquier otra parte. El tejido nervioso, tan pronto como se inflama, se descompone, se reblandece y vemos que sus funciones se aniquilan. Pero en el trastorno dinámico del nervio, el atributo funcional se exagera ordinariamente. Este fenómeno es también inherente á la manía y á otras enajenaciones desprendidas de toda alteración or-

gánica. Así, mientras que en la cardialgia el apetito se conserva y amenudo se exalta, en la inflamación del estómago se pierde y la digestión se hace imposible.

Hé aquí cómo se expresaba hace años el Dr. Jolly, en la Academia de Medicina de Francia, en un informe sobre un trabajo del Sr. Belhomme, que intenta probar la existencia de un estado inflamatorio ora agudo, ora crónico: «Si la encefalitis aguda ó crónica es tan necesaria á la producción de la locura, dice, ¿por qué los niños y hasta los adultos, que tan amenudo son atacados y víctimas de las fleumasias cerebrales, son tan rara vez atacados de enfermedades cerebrales? — No, añade el mencionado autor, la locura no necesita para producirse ni inflamación, ni reblandecimiento, ni endurecimiento, ni ninguna lesión material. Le basta una predisposición hereditaria, una educación viciosa, una educación moral casi insignificante, porque en la maravillosa coordinación de los numerosos elementos del pensamiento, en que todo es movable y frágil, basta que uno solo de estos elementos se modifique, se commueva, para que todo ese mosaico intelectual se disocie y se convierta en ruinas.» Sesión del 11 de Marzo de 1845.

UNDÉCIMA PARTE

LAS FRENOPATÍAS DEBEN COMPRENDERSE EN EL CUADRO
DE LAS ATECCIONES NERVIOSAS

Las neurósís y las enfermedades mentales, ofrecen la mayor analogía bajo el punto de vista:

- a) de la duración del mal, larga, crónica;
- b) de la espontaneidad, de lo repentino de las invasiones;
- c) de la espontaneidad de las terminaciones;
- d) de la falta de los síntomas propios del estado inflamatorio, y del mal resultado de un tratamiento debilitante;

- e) del curso oscilatorio y paroxístico de la enfermedad;
 f) de la periodicidad de los accesos;
 g) de la intermitencia, de la remisión de los fenómenos morbosos;
 h) de la falta de fiebre;
 i) de la conservación de los fenómenos inherentes á las funciones de nutrición;
 j) de la falta de alteraciones orgánicas observada en más de la mitad de los casos.

1. Nada más notable que esas enajenaciones que se declaran espontáneamente en los miembros de una misma familia, y amenudo en la misma época de la vida.

Nada más asombroso que esas enfermedades mentales que se manifiestan periódicamente dos veces al año, todos los años, cada tres años, etc. y que desaparecen repentinamente sin dejar ningún indicio, hasta que vuelven á presentarse sin causa conocida.

2. Las frenopatías indican, pues, en su curso los fenómenos de oscilación morbosa; unas veces la gravedad de los síntomas aumenta, otras disminuye, otras el mal cesa y se presentan intervalos llamados lúcidos. La enfermedad comienza por intermitencias, pasa á remisiones, á un estado continuo, para presentarse más adelante remisiones ó intermitencias á medida que la convalecencia hace progresos. De este modo marcha hácia adelante y hácia atrás; es un flujo y reflujo que sube y baja, puede compararse á esas nubes que sólo se anuncian para dispersarse muy pronto.

Sin embargo, la intermitencia, la remisión en los trastornos de la moral tienen una significación menos positiva que la periodicidad; los dos primeros fenómenos pertenecen indistintamente á las afecciones orgánicas ó inorgánicas del cerebro y de todo el sistema nervioso en general.

La intermitencia caracteriza amenudo los indicios de la parálisis general. Durante cuatro ó cinco días el enfermo grita, se agita, hace mil puerterías con sus heces, demuestra vacilación en la palabra; estos síntomas se desvanecen poco á poco, y no se observa más dificultad en la pronunciación; podría decirse que el enfermo está restablecido. Pero al cabo de cuatro, de cinco, de quince días los síntomas reaparecen.

La remisión y la intermitencia de los fenómenos morbosos se refieren casi siempre á lo que se llama un estado nervioso; pero

pueden depender también de un estado orgánico que obra sobre los nervios.

Así, las afecciones tuberculosas de la pulpa cerebral presentan una notable oscilación en la progresión de los síntomas; lo propio diremos del hidrocefalo y de otras afecciones cerebrales que ofrecen también ese curso por sacudidas; hay más, en las inflamaciones francas del cerebro se observan momentos de pausa, de silencio morboso.

Encontrareis igualmente este fenómeno en los exostosis internos del cráneo.

Por esto se hace algunas veces difícil distinguir una neuralgia pura y simple de una neuropatía dependiente de una alteración de tejido.

3. Pero la periodicidad debe hacer creer en un estado dinámico; amenudo se halla en relación con los modificadores exteriores, con el calor y el frío de la atmósfera, con el retorno de las estaciones.

Algunas veces se ha podido admitir la intervención de la luna, tanto más cuando que, como ya he dicho, hay casos, aunque poco frecuentes, que corresponden á las fases de la luna. Semjante coincidencia se observa más amenudo cuando el mal está complicado con epilepsia. En los casos de accesos más próximos, debe atribuirse el retorno de los síntomas á los cambios diarios y nocturnos del organismo, como quiere Cullen? Pero esta explicación, aun cuando fuera cierta, no nos enseñaría absolutamente nada acerca del fenómeno íntimo del mal.

Amenudo la periodicidad de la enajenación se refiere á la periodicidad menstrual.

4. La mutabilidad, la variabilidad de los fenómenos morbosos excluye toda idea de alteración orgánica.

Por ejemplo, una enajenación mental hereditaria, periódica, se manifestará hoy por la tristeza, el año próximo se acusará por una manía, más tarde por una demencia. En el curso de una misma enfermedad habrá un erotismo desenfrenado, y algunas semanas despues un terror religioso. Un día el enfermo hablará mucho, al siguiente estará mudo. Así, hay neurósis en general que tienen una gran tendencia á cambiar de lugar, á pasar de una parte del sistema nervioso á otra. Las neuralgias se displian algunas veces para afectar el centro cerebral. Se ven personas sujetas á asmás, á hemicráneas, á odontalgias, que se hacen de repente melancólicas ó maníacas á consecuencia de la desaparición de estos dolores. Algu-

nas veces vuelven á presentarse en la época de la convalecencia. Así, la enajenación mental alterna, en ciertos casos, con afecciones nerviosas.

5. Por sus formas fundamentales, las frenopatías se parecen á las afecciones orgánicas. En unas como en otras, la enfermedad se caracteriza por expresiones de sufrimiento, por exacerbaciones que se reproducen con más ó menos regularidad. En medio de un estado de calma y de lucidez, el enfermo en un instante se entristece y se pone melancólico, vólfera, deja estallar su desesperación, su cólera. Bien pronto cesan los gritos, la agitación, y el enajenado recobra su modo habitual de hablar y de hacer. Amenudo se le ve continuar la conversacion que habia comenzado en el momento de la invasión de esta especie de crisis.

6. Debemos añadir que la reaccion en la enajenación mental tiene mucha analogía con los accesos convulsivos. La necesidad de obrar de los maniacos, los actos fantásticos de los locos, recuerdan esas especies de accesos.

¿La manía no va frecuentemente asociada á la epilepsia? ¿Una misma causa no produce amando la manía y la epilepsia? ¿No se ven epilépticos que se hacen maniacos?

El desorden mental presenta amenudo en sus retornos, en cuanto al tipo, todas las formas de las convulsiones epilépticas; deja intervalos de algunas semanas, dura algunos dias, despues sigue lo mismo sucesivamente; mas de una vez parece que la epilepsia es latente.

De repente el enfermo rechaza los alimentos.

Da gritos agudos.

Golpea, rompe, se agita.

Coge á otro enfermo y le estrangula si puede.

Durante estos accesos muerde (1), desgarrar.

(1) He aqui un caso que ha ocurrido dias 18 de Junio de 1881 han publicado los periódicos, y que puede figurar como tipo de locura antropologica: «En la noche del 9 al 10 de Junio, ticia las dos de la mañana, oyóse un grito de Socorro al asesinato en la pacífica aldea de *Wapet*, distrito municipal de *Quasnoy-sur-Deule* (Belgica).

«Un acuchino melancólico que vivía en la casa de donde salían los gritos, levantóse á toda prisa, bajó la escalera, y de un puntapié derribó la puerta de la taberna sita en el piso bajo, habitada por el matrimonio *Harschene*, y en la

Corre derecho al agua y se baña.

En los intervalos habla con lucidez de su estado, expresa su esperanza ó su desesperacion.

En ocasiones estos accesos se presentan con toda la regularidad de una convulsion, de una fiebre intermitente.

Cada tres dias ó cada cuatro, de ocho en ocho dias, en ocasiones, el mal se anuncia casi bajo la forma de una fiebre de accesos, pero en la cual faltan los síntomas de la fiebre.

7. Al hablar aquí de la influencia neurósica, tengo indudablemente á la vista el síntoma cerebro-espinal. Este es, en efecto, el

cual positivamente estaba sucediendo algo grave. Franqueado apenas el umbral, encontróse el viejo en presencia de un espectáculo horrible. El marido se hallaba en disposición de devorar el rostro de su mujer, derribada en el suelo y casi desnuda.

« El mendigo, que se llama Malbroneq, se arrojó sobre el asesino y trabóse entre los dos una roca batalla. A los pocos minutos era vencedor el antropófago, que se arrojó entonces sobre su adversario y comenzó á morderle con espantosa furia, arrancándole el dedo índice á la primera dentellada, y desgarrándole luego una mejilla. A duras penas pudo Malbroneq ganar la puerta y salir á la calle.

« Entretanto, la mujer de *Harschene*, horriblemente mutilada, que habia tenido fuerzas para escapar, pedía socorro á los vecinos.

« El miserable, apenas se vio solo, metiose en el cuarto en que dormían dos hijos de su mujer, *Laura*, de diez y ocho años, y *Maria*, de tres. *Laura* al ver á su padrastro todo lleno de sangre, salto del lecho y se puso en fuga. El loco lanzóse sobre la otra pobre criatura, que dormía con sueño de ángel, y rompióle el brazo de un golpe, comenzando enseguida á morderla con repugnante ensañamiento. No contento con arrancar la nariz y una oreja de la victima, ni con abrirle el vientre, le ató un lienzo al cuello, y se puso á machacar la rubia cabecita con una lampara de petróleo.

« Papa, no me hagas dafío. — gritaba la niña en los primeros momentos, y estos fueron los gritos oídos por el vecindario; mas no por eso se calmó la fiera hasta que vió convertida á su hija en una masa sangrienta é inofensiva.

« Consumado el crimen, *Harschene* buscó refugio en su cuarto.

« Los gendarmes llamados por la esposa y por el mendigo, tuvieron que forzar la puerta. Todos los muebles estaban volcados, y en menudos fragmentos las mantas y los vestidos.

« Uno de los gendarmes se acercó á la cama, tiró de las sábanas y cogió á la niña que, cosa horrible! respiraba todavía. Cortóse la tela que la ahogaba, llevóse á casa de una vecina, y poco despues exhalaba el último suspiro.

« Los gendarmes registraron la casa por espacio de diez minutos sin poder dar con *Harschene*. Creían que se habia escapado, cuando al fin le encon-

punto de partida de las perturbaciones que se manifiestan en el estado frenopático. No deben excluirse por eso los nervios del gran simpático, algunas veces conductores de impresiones anormales, que, transmitidas al cerebro por las numerosas comunicaciones que forman con el conductor medular raquídeo, pueden determinar en él desórdenes de diversa índole. Así se explica que en las erupciones mensurales, en las afecciones de la vena porta, en las enfermedades del corazón, en diferentes afecciones viscerales, pueden declararse vesánias simpáticas y desarrollarse bajo la influencia de un estímulo del gran simpático.

traron escarificado, completamente desahogado, entre los colchones de su cama. En la cabeza llevaba un gorro de su mujer.

«Se le quitó y vistiérole como se pudo, sin que él se opusiera.

«En la cárcel de Quésnoy, á donde fue inmediatamente conducido, mostráse ya más rebelde. Hablaba de suicidarse, decía que veía un vapor dispuesto para conducirlo á Nueva Caledonia, y andaba á toda ester. No soy digno de la vida, fuerza es que yo muera. Y fingia querer romperse la cabeza contra las paredes. Situóse un gendarme en su calabozo para contenerlo si era necesario.

«Harschene es un hombre de cuarenta y siete años, de mediana estatura, huesos de cara llena y sin barba.

«Por espacio de diez años trabajó en casa de M. Destombes, agricultor de Quésnoy-sur-Deule. Si caso en el mes de Setiembre ultima con Rosalia Demblinaer, unida con dos hijos.

«De algunos meses á esta parte daba señales de locura; pero se asegura en el país que esta locura es simulada. Segun se dice, los celos han sido el móvil principal de su crimen.

«En la cárcel le dicho:

«Preciso es que yo este atormentado por los diablos para haber hecho esto, porque queria mucho á esa niña.

«Algunos vecinos han asegurado que efectivamente debía quererla, porque la tenía muchas veces sobre sus rodillas y la acariciaba.

«La esposa del asesino habíase casado con el en segundas nupcias, y sus dos hijas eran del primer marido.

«He aquí lo que ella ha declarado:

«Hace dos meses que mi marido se había vuelto muy brutal. Tan pronto mostraba una extremada dulzura como un carácter terrible.

«En una ocasión quedé sobrecojido de terror á la vista de un loro.

«Desde esta época deján sus acciones.

«Los guardarme le causan un intocible terror. Muchas veces corría desparviado por la casa sin encontrar lugar donde ocultarse, y exclamaba señalando á un pequeño jardín que el cultivaba:

«¿Ahí están! ¡son ellos!

Amaré, cuyos trabajos se remontan á 1807, es el primero que fijó la atención sobre la parte que toma en la producción de las enfermedades mentales el nervio que nos ocupa. Segun él, la manía sin delirio sería siempre la consecuencia de esa irradiación nerviosa del gran simpático; la coloca al lado de la melancolía, que hace salir de los plexos cerebrales, mientras que la manía con delirio, la demencia y el idiotismo tienen su sitio primitivo en la cabeza.

Esta opinión es verdadera en cierto sentido, pero nada más falso que las conclusiones con que termina el autor. No puede ad-

«Después caía desahogado en un sillón, y allí permanecía como una masa inerte horas enteras.

«Un día le sorprendió bebiendo petróleo. Esto le produjo una grave enfermedad.

«En fin, la última noche saltó del lecho y fué á hincarse de hinojos ante un Crucifijo, y comenzó á hacer gestos y conlorsiones.

«Yo sentía el choque de sus dientes agitados por un temblor convulsivo.

«¿Que tienes? — le pregunté.

«— Nada.

«¿Has descansado?

«— Sí.

«Y volvió á quedar sumido en meditación profunda.

«De pronto se irguió rápidamente, y con voz terrible dijo:

«Es necesario que yo muera, pero antes voy á devorarte.

«Y lanzóse como una fiera sobre mí.

«Yo salté del lecho y pude arrastrarme hasta la taberna, donde me salvó un vecino.

«La infeliz mujer tiene la nariz medio cortada, y la mejilla y un dedo roídos. Su estado es muy grave, pero hay esperanzas de salvarla.

«Mescalhière, médico que ha reconocido el cadáver de la niña, ha declarado que el golpe mortal debió ser producido por la lámpara de petróleo.

«Mas de 2000 personas han seguido al asesino hasta la estación. Allí tuvo lugar un incidente. Una mujer salió de entre la multitud, se acercó al asesino y dándole una bofetada, exclamó:

«Mereces ser guillotinado.

«Era la cañada de Harschene, ó sea la tía de la víctima.

«Harschene contestó:

«Ya lo sé: eso es lo que yo merezco.

«En su rostro se veían señales que indicaban la lucha que había sostenido con su esposa.

«Ya á ser enviado á Armentieres, donde le reconocerán doctores ospi-celidistas.»

(Nota de los Traductores.)

mitirse, como ya he dicho, que la manía sin delirio, la melancolía y la hipocondría deban generalmente referirse á modificaciones sobreenvidas en las funciones ganglionares.

Federico Nasse, apoyándose sobre todo en la autoridad de Lobstein, ha vuelto á tratar de esta cuestion en una Memoria titulada *Die psychische Verriehung der Brust und Bauchganglien*; pero sus ideas en este punto, en su aplicacion á las frenopatías, no han sido aprobadas por los médicos alienistas.

(Lobstein habla dicho: *Melancholia ac manie sedes unanimi fere medicorum consensus in imis visceribus latet. Que olim obstructionibus viscerum adscribantur, ea hodie majore cum jure ad nervorum mutalam indolem referuntur. Nec vapores ascendunt in caput, nec atrabilis vocetur in istis morbis, sed plezus solaris seu cerebrum abdominale in cerebrum cephalicum ita reagit ut ejus temperies plane mutetur.*)

Entre las obras que tratan de las influencias del cuerpo sobre el espíritu, y que demuestran la accion del sistema nervioso en el desarrollo de los fenómenos frenopáticos, debo colocar en primer lugar la de Demrieh, *Die psychische Zustände, ihre organische Vermittelung und ihre Wirkung in Erzeugung körperlicher Krankheiten.*

DUODÉCIMA PARTE

LA DEBILIDAD

1. Entre los enfermos que encontramos aquí, hay indudablemente algunos que han sufrido la accion de las causas debilitantes. Ved esas figuras extenuadas: durante los años desastrosos que acabamos de atravesar, estos desgraciados han contraído la enajenacion despues de sufrir todo género de privaciones.

En muchas de estas personas existe una alteracion manifiesta de los humores, un estado evidente de coagexia, de anemia.

2. En realidad, la debilidad es inherente á muchas enfermedades mentales.

La edad avanzada engendra la demencia.

Las alucinaciones nacen amenudo en personas debilitadas. Se observan en el *delirium tremens*.

El mal régimen, los medios debilitantes agravan las más veces el estado moral y físico de los enajenados.

3. Lo que importa no olvidar es que hay en las frenopatías un estado agudo y un estado crónico, un estado activo y un estado pasivo, aunque por lo demas los fenómenos exteriores de la enfermedad puedan no variar considerablemente.

4. Amenudo es muy difícil reconocer el momento en que la irritacion morbosa, que se manifiesta bajo la apariencia de un orgasmo y de un eretismo, pasa del estado activo al estado pasivo.

5. El curso del mal produce un cambio en la condicion vital. Cuanto más progresos hace la enfermedad más aumenta la tolerancia por los estimulantes, tanto internos como, externos. Por eso es necesario usar grandes precauciones en el tratamiento. Aquí sucede casi como en las enfermedades agudas: hay un período en que conviene no estimular; hay otro en que se debe excitar; sin embargo, la enfermedad sigue su curso, y algunas veces es difícil observar una modificacion en el estado externo del paciente.

6. Puede suceder tambien que la debilidad sea resultado de la enfermedad; á fuerza de actividad, el sistema intelectual concluye por caer en un estado de inanicion, de colapso, como decian nuestros antepasados, en el cual el agente de la vida parece que se gasta ó se retira. Entonces es cuando la enfermedad mental toma el caracter de la demencia franca.

Tal estado obra amenudo sobre toda la constitucion y provoca los fenómenos de un marasmo nervioso.

7. Algunas veces se puede suponer la debilidad cuando los síntomas exteriores no permiten reconocerla; se refiere al tiempo que ha durado la enfermedad.

8. Ó bien se anuncia por una excesiva dilatacion de las pupilas, por la palidez de la cara, de los labios, por un tinte azulado de las conjuntivas, por el frío, el temblor de las extremidades, por la cianosis imperfecta de los dedos de las manos y de los piés,

por un frío glacial, seguido amenudo de un calor intenso de la cara,

por complicaciones histéricas,

por una gran movilidad en los caracteres morbosos,

por una debilidad gradual de las funciones morales, intelectuales y motrices,

por la flexion del cuerpo, de los miembros, la depresion de la estatura, la relajacion de los esfínteres.

Tal es el delirio que sucede á la privacion de las hebridas; tal es el desorden intelectual que acompaña á la ingestion de muchas sustancias narcóticas; tal es tambien la enajenacion mental que se refiere á las pérdidas seminales involuntarias ó que se declara en un sujeto muy debilitado.

En todos estos casos hay, como he dicho, pérdida de fuerzas, cualquiera que sea la exaltacion que rebte en los fenómenos morbosos.

9. La debilidad de las funciones intelectuales no es siempre, á decir verdad, un indicio del paso de la irritacion á la debilidad. Puede ser debida á una causa material residente en el cerebro, á un infarto sanguíneo, á la destruccion de la sustancia cerebral, á la opacidad de las meninges. Esto es lo que ya hemos consignado al hablar del examen anatómico.

10. La debilidad verdadera se anuncia más bien por síntomas generales, por la disminucion de todas las facultades mentales, al mismo tiempo que por la extraccion general en la energía de las facultades motrices sin parálisis.

11. Por lo demas, tendremos cuidado de consignar que se encuentra cierta debilidad, sobre todo en el fondo de la predisposicion á estas afecciones. Es una excitabilidad especial, que encontrareis en la inmensa mayoría de las personas atacadas de enajenacion mental, en los cuerpos debilitados es donde encontrareis amenudo la complexion nerviosa. Es indudable, por lo demas, que en el fondo de todos los fenómenos de exageracion la astenia predomina en el sistema nervioso de los enajenados. Los debilitantes figuran en ellos como medios curativos de raro éxito. Todos los prácticos se hallan de acuerdo acerca de la necesidad de nutrir convenientemente á los enfermos. El paso á una demencia incurable es debido á un régimen insuficiente en gran número de casos. En la melancolía hipocondríaca se observa sobre todo la atonía del sistema ner-

vioso. Ha sido observado por todos los prácticos, si bien von Lued es el primero que ha llamado la atencion sobre los excelentes resultados obtenidos por los tónicos.

PARTE DÉCIMA TERCERA

Voy á comunicaros sumariamente las diversas opiniones emitidas en nuestros dias con relacion á la naturaleza íntima de las frenopatías; así podreis juzgar del estado de la ciencia sobre esta materia.

Creo que pueden colocarse en seis categorías, que comprenden:

- a) La opinion que atribuye al sistema vascular la inmensa parte de la enfermedad.
- b) La que ve en la enajenacion el sintoma simpático de una afeccion visceral.
- c) La que encuentra en la causa próxima del estado mental las diátesis de todas las demas enfermedades.
- d) La que coloca en las alteraciones orgánicas los efectos secundarios de la enfermedad.
- e) La que refiere la enajenacion á un estado especial del alma.
- f) La que busca en el sistema nervioso los fenómenos íntimos de las frenopatías.

A. Arnold reconoce en las enfermedades mentales un estado congestivo, una accion aumentada de los vasos de la sustancia cerebral.

Crichton admite una reuccion del sistema vascular sobre el sistema nervioso.

Cox sostiene casi la misma idea.

Segun Rush, la causa de la mayor parte de las enajenaciones existe en una accion morbosa de las arterias.

Foderé ve en la sangre un estado morbosos especial. Hallaron crece entrey en la manía un estado inflamatorio del cerebro.

Los dos Mayo son de la misma opinión.

Burrows atribuye una gran importancia al estado de la sangre. Lallemand descubre en el delirio una inflamacion de la aracnoides. El desorden cerebral se halla subordinado a una enfermedad de las meninges.

Bayle considera la aberracion de las ideas como una inflamacion crónica de las circunvoluciones cerebrales.

Pinel Grandchamp, Delaye, Foville, Ronchez, Casarviell y Camell colocan el sitio del delirio en la sustancia cortical de los hemisferios cerebrales, y entrey en ella un estado flemático.

Broussais alega una inflamacion cerebro-meníngea subaguda, que no es al principio más que una simple irritacion.

Escipion Pinel cree en una cerebritis inflamatoria activa.

Belhomme habla de una inflamacion ora aguda, ora crónica del cerebro, y al mismo tiempo de un estado neuropático.

B. Toda la escuela somática de Alemania, y sobre todo Jacobi y Nasse, se funda en los fenómenos cerebrales, y busca el origen de las enfermedades mentales en las vísceras, en el sistema vascular abdominal.

C. J. Franck cree que la enajenacion reconoce en el fondo como origen las diferentes diatesis que presiden al desarrollo de las demas enfermedades.

Hufeland supone locuras nerviosa, sanguínea, adinámica, metastática, abdominal, orgánica.

D. Segun Pinel, las lesiones anatómicas son efectos de la enfermedad.

Esquirol dice que todas las lesiones orgánicas observadas en los enajenados, se encuentran en los demas sujetos que no han tenido delirio.

Georget confiesa que no conoce la causa próxima de la enajenacion. De cualquier modo, ésta es un estado morbosos del cerebro.

Burrows cree que el estado patológico anatómico del cerebro es un fenómeno secundario en la apreciacion de la causa próxima de las frenopatias.

Parcelppe emite la opinion de que las alteraciones orgánicas del encéfalo no constituyen esencialmente la enajenacion mental.

Segun Bottex, en la melancolia es donde se presentan ménos lesiones cerebrales.

En las enajenaciones, dice Lélut, el estado íntimo no se traduce por nada que sea esencialmente material. La mitad de los casos próximamente no ofrecen ninguna alteracion apreciable.

Leuret pretende que nadie ha indicado la causa íntima de la locura. Debe ser semejante á la que produce una pesadilla, un ensueño. Las lesiones anatómicas no existen en todos los enajenados. En la locura simple no se encuentran.

E. Heiroth hace de la enajenacion mental un estado del alma; todo consiste en la predisposicion que engendran el vicio y la depravacion. El preservativo contra esta enfermedad existe en la potencia de la razon. Las alteraciones de estructura del cerebro son el efecto y no la causa íntima del estado morbosos del alma.

F. Lorry encuentra en la mayor parte de las enajenaciones mentales un estado especial del sistema nervioso.

Cullen coloca esta enfermedad en una accion morbosos de la sustancia nerviosa.

Ydeler busca la enajenacion en un estado cerebral.

Ellis supone á la vez una afeccion nerviosa y un estado inflamatorio del cerebro.

Griesinger cree en una irritacion nerviosa primitiva, en una hiperemia consecutiva de los vasos encefálicos.

Buckhill, siguiendo á Virchow, admite una lesion en la nutricion de las células nerviosas cerebrales.

Para el Dr. Smith, de Bruselas, la enajenacion tiene su origen en una falta de la nutricion.

Tambien debemos citar las palabras de Pinel que, aun en el día, no han perdido nada de su valor, por lo que se refieren á los signos suministrados por las antropias cadavéricas; «Hace 50 años — dice en su *Traité de la manie* — ántes de ejercer la medicina en los hospicios creia que se podrían sacar grandes datos de las causas de las enfermedades mentales, considerando el estado patológico del cerebro á de sus membranas; pero despues me convencí de que estas inducciones sólo son fundadas cuando el enajenado perece en un acceso de manía, lo cual es muy raro; sucede con más frecuencia que los

enajenados sucumben después de la terminación de los accesos, por el estado de atonía y de languidez que sucede.

Termino por algunas líneas cuya oportunidad no puede negarse; están tomadas de una obra inglesa publicada hace cerca de 30 años. El autor, Francisco Willis, adopta la opinión de Cullen, que ve en la enajenación un desorden especial del sistema nervioso.

Al hablar del estado congestionario, dice: «Se puede atribuir á la inyección roja de los ojos ó de las mejillas el delirio que sufre una persona embriagada? En tal caso, y suponiendo que esta persona muere en semejante estado de embriaguez, ¿se puede referir su muerte á una turgencia vascular de la cabeza? En un hombre que sucumbe de hambre, se encuentra á veces un cambio en el estado anatómico del cerebro; ¿puede decirse que esa sea la causa de la muerte?»

No se aprende en las salas de disección á conocer el estado del sistema nervioso con relación á las enajenaciones mentales, ni á resolver la cuestión de saber si el cerebro está endurecido ó reblandecido, seco ó húmedo, infartado por la sangre ó por otros líquidos. Lo que importa ante todo no perder de vista son las circunstancias que han obrado sobre una moral sana, las que deben ser consideradas como causas y las que deben considerarse como efectos del desorden del espíritu. Sin duda alguna se necesita que el médico esté familiarizado con la estructura anatómica del cuerpo humano; pero lo más imperioso, y lo que sin duda ofrece un valor práctico real, es que sepa apreciar bien el cuerpo vivo en sus aberraciones morbosas. El conocimiento del cadáver puede dar nociones sobre una multitud de formas patológicas, pero nos enseña cómo obra la ípoca cuando este medio hace vomitar, cómo el alcohólico produce efectos purgantes, cómo el vino enerva y cómo la falta de alimentos ocasiona la muerte. El examen cadavérico no nos ilustra cuando se trata de prevenir tales resultados.

Al decir que las enfermedades mentales deben comprenderse en el cuadro de las neurósís, no he tenido en cuenta su fenómeno más abstracto, no hago más que marcar el lugar nosográfico que deben ocupar. Me he limitado á exponer las analogías que existen entre el desorden del entendimiento y las neuropatías; pero existen sin duda en el fondo de estas afecciones diferencias que son ignoradas por los médicos psicólogos.

Si no he agitado la cuestión tan controvertida de un estado es-

pecial del alma ó del cuerpo, cuestión inmensa y de una profundidad pasmosa, he dicho, sin embargo, lo que pensaba de los elementos materiales ó inmateriales que intervienen en el acto del pensamiento morbosos.

No cabe llevar más adelante sus investigaciones; más allá de estos límites el espíritu humano se detiene confundido.

(Hufeland, en su *Manuel de médecine pratique*, resuelve en estos términos esa grave cuestión:

«El espíritu inmortal no podría estar enfermo en el sentido que solemos atribuir á esa palabra. Pertenecé á un mundo más elevado, y bajo este punto de vista sólo se halla expuesto á una sola enfermedad: á la corrupción moral. El espíritu, el pensamiento no pueden ser ni la materia ni el producto de la materia, porque lo que es libre es independiente de la necesidad. Pero el espíritu inmortal, durante su existencia terrestre, se halla unido de la manera más íntima al cuerpo, y al mismo tiempo al sistema nervioso, á sus partes más sutiles, al cerebro; esta asociación determina sus límites y su modo de actividad terrestre. Como todo lo que entra en la composición del organismo, se halla sometido á las leyes orgánicas de la vida.

«A consecuencia de esta organización, puede desplegar su actividad en sí mismo y fuera de sí; es, pues, posible que obre sobre el organismo, que le modifique, lo mismo que éste lo influencia y lo impresiona; sólo considerado de este modo puede hacerse enfermo, trastornándose sus funciones y hasta deteniéndose por completo algunas veces; bajo este punto de vista, todas las enfermedades mentales deben colocarse en la categoría de las enfermedades nerviosas.»

Ahora se presenta el estudio del pronóstico de las enfermedades mentales, que será objeto de la lección inmediata.

Para el estudio de la patología mental se pueden consultar las obras siguientes:

1. Gaubius: *Adversarius cordis argumenti*, 1771.
2. Arnold: *Observ. on the nature, etc., of insanity*, 1782.
3. Christon: *An inquiry into the nature and origin of mental derangement*, 1798.
4. Winkelmann: *Arch. für Gemüths- und Nervenkrankheiten*, 1806.
5. Arnaud: *Traité analytique de la folie*, 1807.
6. Hoffbauer: *Naturlehre der Seele*. — *Untersuchungen über die Krankheiten der Seele*, 1802. — *Psychologische Untersuchungen*.
7. Hill: *Essay on the prevent and cure of insanity*, 1814.
8. Fodéré: *Du Délite*, 1811.
9. Dubaïsson: *Des Vénéries*, 1816.
10. Andry-Matthey: *Nouvelles recherches sur les maladies de l'esprit*, 1816.
11. Mayo: *Remarks on insanity*, 1817.
12. Franck: *De solo et novo insanis*.
13. Reinroth: *Störungen des Seelenlebens*, 1818. — *Orthobiotik*, 1839.
14. Georget: *De la Folie*, 1820.
15. Jacobi: *Sammlungen für die Heilkunde der Gemüthskrankheiten*, 1822.
16. Lombosch: *Darstell. des Mensch. gemüths*, 1825.
17. Bayle: *Nouvelles doctrines des maladies mentales*, 1825.
18. E. Willys: *On mental derangement*. Traducción alemana de Amelung, 1825.
19. Broussais: *De l'irritation de la folie*, 1828.
20. Amelung y Bird: *Beiträge zur Lehre von den Geisteskrankheiten*, 1832.
21. Guislain: *Traité des Phrenopathies*, 1833.
22. Ideler: *Grundriss der Seelenheilkunde*, 1834. — *Wahnsinn in psychis. und socialen Bedeutung*, 1818.
23. Lohat: *Indication sur la valeur des altérations de l'encéphale dans le délire aigu et dans la folie*, 1836. — *Qu'est-ce que la phrénologie?*, 1836. — *Rijet de l'organologie*, 1843.
24. Gross: *Entwurf einer philosophischen Grundlage für die Lehre von den Geisteskrankheiten*, 1837.
25. Sp. Pinel: *Physiologie de l'homme aliéné*.
26. Roland: *Psych. Betrachtung über die Gemüthskrankheiten und den Einfluss des Gemüths auf den menschlichen Körper*.
27. Fleunling: *Ueber die organischen Bedingungen der psychischen Erscheinungen*. — *Zeitschrift von Nasse und Jacobi*, 1838.

28. Jesson: *Von den Begriff und Wesen der psychischen Krankheiten*. *Zeitschrift von Nasse und Jacobi*, 1838.
29. Nasse: *Die Vogelwürdigkeiten der Gefühle*. — *Zeitschrift von Nasse und Jacobi*, 1838.
29. Nasse: *Die Gemüthskrankheiten*. — *Zeitschrift von Damerow*, 1847. — *Die Verhütung und Unterscheidung der Gemüthskrankheiten*. — *Zeitschrift von Damerow*, 1848. — *Die Thätigkeit der Seele im Irresin*. — *Zeitschrift für Psych.* von Damerow, 1850.
30. Ellis: *On Insanity*, 1848.
31. Gaustatt: *Notes ajoutées à la traduction allemande des Phrénopathies de J. Guislain*, intitulée: *Neue Lehre von den Geistesstörungen*, 1838.
32. Zeller: *Riacht über die Wirksamkeit der Heilanstalt Winnetthal*, 1840. — *La préface et la conclusion dans les Phrénopathies de J. Guislain*, traducidas por Wunderlich, 1838.
33. Leopoldi: *Zielgeneskunde*, naar Vooghe vertaald, 1840.
34. Louret: *Traitement moral de la folie*, 1840.
35. Botex: *De siège et de la nature des maladies mentales*.
36. Turk: *De la nature et du traitement de la folie*, 1845.
37. Von Feuchtersleben: *Lehrbuch der arztlichen Seelenkunde*, 1855.
38. Ballarger: *De la valeur des lésions anatomiques dans la folie*.
39. Heinrich: *Ueber moral insanity*. — *Zeitschrift von Damerow*, 1848.
40. Barrows: *On the disorders of the cerebral circulation and on the connection between affections of the brain and diseases of the heart*, 1848.
41. Richard: *Ueber die Grundformen der chronischen Seelenstörungen*. — *Zeitschrift von Damerow*, 1848.
42. Berchem: *Quelques considérations psychologiques sur l'aliénation mentale*. — *Annales de la Société de Médecine d'Anvers*, 1848.
43. Billod: *Des maladies de la folie*.
44. Banemöser: *Die Geist des Menschen in der Natur*, etc., 1850.
45. Moore: *The use of the Body in relation to the mind*.
46. Dagonat: *Quelques réflexions sur la pathogénie de la folie*. — *Gazette médicale de Strasbourg*, 1850.
47. Cerris: *Lettres à M. Longel*. — *Union médicale*, 1851.
48. Klensow: *Organische Seelenkunde auf dem Standpunkte der Physiologie*, 1851.
49. Voisin: *Analysis de Fentendement humain*, 1851.
50. Perrin: *De la périodicité*, 1851.
51. Requier: *Lettre sur la phrénologie*. — *La Santé universelle*, 1851.

72. Lotze: *Medicinische psychologie*, 1852.
73. Pöhl: *Die melancholie nach den neuesten Standpunkt der Physiologie*, 1852.
74. Damerow: *Selofog; Eine Wahnsinns-studie*, 1853.
75. Renard: *Études médico-psychologiques sur l'aliénation mentale*, 1851.
76. Bachez: *Études sur les éléments pathogéniques de la folie*, 1834. — *Annales médico-psychologiques*.
77. Nobil: *Elements of psychological medicine*, 1855.
78. Moreau: *Psychologie morbide*, 1855.
79. Lislo: *Leçons sur la folie*, 1836.
80. Giribaldi: *Sulla pazzia. Studi psicologici et patologici*, 1807.
81. Sutherland: *On the pathology, morbid anatomy and treatment of Insanity*. — *Journal of mental science*, 1861.
82. Sano: *Études médico-psychologiques sur la folie*. — *Annales médico-psychologiques*, 1862.
83. Turck: *Nature et traitement de la folie*, 1862.
84. *Annales Médico-psychologiques: Discussion sur l'unitarisme et le vitalisme*, 1862.
85. Schroeder Van der Kolk: *Handboek der pathologie en therapie der Erankzinnigheid*, 1863.
- *Ziel en ligchaam in hante onderlinge verhouding*, 1865.
- *The Pathologie and therapeutics of mental disease*, 1870.
86. Castle: *Phrenologia spiritualista*, 1863.
87. Flourens: *Psychologie comparée*, 1864.
88. Brosius: *Elemente des Irreseins*, 1865.
89. Mesnet: *Physiologie pathologique du cerveau chez les cholériques*. — *Annales médico-psychol.*, 1865.
90. Tissot: *Les passions. Influence du moral sur le physique*. — *Ann. médien-physiol.*, 1865.
91. Griesinger y Falret: *La pathologie mentale au point de vue de l'école somatique allemande*. — *Ann. médico-psych.*, 1865.
92. Griesinger: *Tratté des maladies mentales*. Traducción por Donnic, 1865.
93. Leidesdorf: *Lerhbuch der psychischen Krankheiten*, 1865.
94. Baillarger: *De la folie avec délire de grandeur dans ses rapports avec la pathologie générale*. — *Ann. médico-psychol.*, 1866.
95. Grenier: *Étude médico-psychologique sur le libre arbitre humain*, 1867.
96. Meyner: *Studien über das pathologisch-anatomische material der Wiener Irren-Anstalt*. — *Vierteljahrsschrift für Psychiatrie*, 1867.
- *Beiträge zur Theorie der maniakalischen Beeingungserscheinungen*

- nach dem Gange und Sitze ihrer Zustandekommens. — *Archiv für Psychiatrie*, 1870.
77. Sankey: *On the state of small arteries and capillaries in mental disease*. — *Journal of ment. science*, 1868.
78. Richardson: *Physical disease from mental Strain*. — *Journal of mental science*, 1869.
79. Jessou: *Ueber den Sitz des Gemüths oder die Functionen des Kleinen Gehirns*. — *Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie*, 1869.
80. Fournier: *Physiologie du système nerveux cérébro-spinal*, 1872.
81. Charcot: *Leçons sur le système nerveux*, 1874-1877.
82. Spoonholz: *Ueber den Einfluss somatischen Affectionen auf den Verlauf der Psychosen*. — *Allg. Zeitschr. für Psychiatrie*, 1874.
83. Loachner: *Zur localization der Gehirnfunktionen*. — *Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie*, 1874.
84. Luys: *Étudi de physiologie et de pathologie cérébrales*, 1874.
- *Le cerveau et ses fonctions*, 1879.
- *Traité pratique et clinique des maladies mentales*, 1881.
85. Maudsley: *Responsibility in mental disease*, 1875.
86. Prosper Despine: *Psychologie morbide*. — *Ann. médico-psychol.*, 1874.
87. Wandt: *Grundzüge der physiologische Psychologie*, 1874.
88. Bucknill: *A manual of psychological medicine*, 1875.
89. De Smeth: *Essai de thérapeutique nutritive*, 1875.
90. Antoine Gros: *Les fonctions supérieures du système nerveux*, 1875.
91. Magnan: *Recherches sur les centres nerveux. Pathologie et physiologie pathologiques*, 1876.
92. Voisía: *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 1876.
93. Karl Spamer: *Physiologie der Seele*, 1877.
94. Weiss: *Die Cerebrale Grundzustände der Psychosen*, 1877.
95. Emminghaus: *Allgemeine Psycho-pathologie*, 1878.
96. Ferrier: *The localization of cerebral disease*, 1878.
97. Schüle: *Handbuch der Geisteskrankheiten*, 1878.
98. Stricker: *Leçons de pathologie*.
99. B. Ball: *Leçons sur les maladies mentales*, 1881.
100. Morel: *Traité des maladies mentales*, 1881.
101. Ball y Luys: *L'Encéphale. Journal des maladies mentales et nerveuses*. El número primero de esta revista se publicó el 25 de Marzo de 1881. G. Masson, editor, Paris.
102. Giné y Faciagás: *Tratado de frenopatología ó estudio de las enfermedades mentales*. Madrid, 1877.

102. Gine y Partagas: *Homología y heterología frenopáticas*, ó sea analogías ó diferencias entre los procesos de la razón y de la alirazon, 1876.

— *Revista frenopática barcelonesa*.—Publicase mensualmente en Barcelona, 1881.

103. Esquerdo: *Conferencias dadas en la Facultad de Medicina de Madrid, en la Academia médico-quirúrgica, etc., etc.* Años 1877 al 1881.



FIN DEL TOMO PRIMERO

ÍNDICE

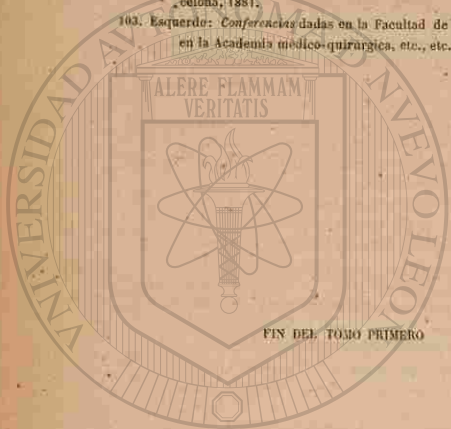
DE LAS MATERIAS CONTENIDAS EN EL TOMO PRIMERO.

	Página.
CONFLICTOS ENTRE LA FRENOPATÍA Y EL CÓDIGO, carta dirigida al doctor Esquerdo por el Dr. A. Pallido	v
DOS PALABRAS, por los Traductores	xli
PAÓLOGO DE LA PRIMERA EDICIÓN por el Dr. Guislain	xliii
PAÓLOGO DE LA SEGUNDA EDICIÓN por el Dr. B. G. Ingels	xlv
LECCION PRIMERA.	
<i>Primera parte.</i> — Idea general sobre el estudio de las enfermedades mentales	4
<i>Segunda parte.</i> — Cómo debe procederse en el examen práctico de los enajenados	6
A. La fisognomía	8
<i>Tercera parte.</i>	8
Presentación de una serie de sujetos sometidos á un examen clínico	8
B. Actitudes, gestos y movimientos	14
Presentación de una serie de enfermos	14
LECCION SEGUNDA.	
<i>Cuarta parte.</i>	18
C. Apreciación de la palabra	18
Presentación y examen de una serie de enfermos	18
Ejercicios prácticos	21
D. Estado visceral	32
E. Conmemoración. — Antecedentes suministrados	34
Módulo de cuadro impreso para la historia clínica de los enfermos	35

102. Gine y Partagas: *Homología y heterología frenopáticas*, ó sea analogías ó diferencias entre los procesos de la razón y de la alirazon, 1876.

— *Revista frenopática barcelonesa*.—Publicase mensualmente en Barcelona, 1881.

103. Esquerdo: *Conferencias dadas en la Facultad de Medicina de Madrid, en la Academia médico-quirúrgica, etc., etc.* Años 1877 al 1881.



FIN DEL TOMO PRIMERO

ÍNDICE

DE LAS MATERIAS CONTENIDAS EN EL TOMO PRIMERO.

	Página.
CONFLICTOS ENTRE LA FRENOPATÍA Y EL CÓDIGO, carta dirigida al doctor Esquerdo por el Dr. A. Pallido	v
DOS PALABRAS, por los Traductores	xli
PAÓLOGO DE LA PRIMERA EDICIÓN por el Dr. Guislain	xliii
PAÓLOGO DE LA SEGUNDA EDICIÓN por el Dr. B. G. Ingels	xlv
LECCION PRIMERA.	
<i>Primera parte.</i> — Idea general sobre el estudio de las enfermedades mentales	4
<i>Segunda parte.</i> — Cómo debe procederse en el examen práctico de los enajenados	6
A. La fisiología	8
<i>Tercera parte.</i>	8
Presentación de una serie de sujetos sometidos á un examen clínico	8
B. Actitudes, gestos y movimientos	14
Presentación de una serie de enfermos	14
LECCION SEGUNDA.	
<i>Cuarta parte.</i>	18
C. Apreciación de la palabra	18
Presentación y examen de una serie de enfermos	18
Ejercicios prácticos	21
D. Estado visceral	32
E. Conmemoración. — Antecedentes suministrados	34
Módulo de cuadro impreso para la historia clínica de los enfermos	35

	Páginas.
Cartas escritas por los enajenados	37
Obras que pueden consultarse	38

LECCION TERCERA.

DE LOS ELEMENTOS QUE DEBEN ENTRAR EN LA DEFINICION DE LAS ENFERMEDADES MENTALES.

<i>Primera parte.</i> — Consideraciones generales	40
Cómo se enajena un enajenado	41
Instabilidad moral	41
Conciencia liberal moral	42
Delirio y libertad moral	45
Examen clínico	46
Enajenación. — Infancia	46
Eusomnó. — Somnambulismo	47
<i>Segunda parte.</i> — Cómo puede resumirse la cuestión para llegar á la definición de la enajenación mental	48
Distinciones que pueden hacerse	50
<i>Tercera parte.</i> — Situaciones que no deben confundirse con las enfermedades mentales	51
El loco de la sociedad	51
Perturbadores del orden público	51
Mártires religiosos	53
Hombres y mujeres lujuriosos	53
Suicidas	54
Avaros, ladrones, asesinos	55
Visionarios	57
Obras que pueden consultarse sobre la definición de las enfermedades mentales	57

LECCION CUARTA.

<i>Primera parte.</i> — De la necesidad que hay de reformar el vocabulario de las afecciones mentales	59
Vocabulario	63
Obras que deben consultarse para las consideraciones sobre la nomenclatura de las enfermedades mentales	67
<i>Segunda parte.</i> — Cómo se pueden clasificar las enfermedades mentales	67
Divisiones clásicas	67

	Páginas.
Formas elementales	71
Formas compuestas	74
Fenómeno radical	74
Cifra proporcional	75
Obras que pueden consultarse para la clasificación de las enfermedades mentales	78

LECCION QUINTA.

EXPOSICION DE LOS FENOMENOS PROPIOS DE LAS DIVERSAS FORMAS DE LA MELANCOLIA.

<i>Primera parte.</i>	80
Melancolía general	81
Ejercicio práctico intentado en una serie de melancólicos	81
<i>Segunda parte.</i> — Melancolías especiales	86
Dos sujetos atacados de melancolía sin delirio	87
Un sujeto atacado de hipochondría mental	92
Un sujeto atacado de melancolía ansiosa	98
Tres sujetos atacados de melancolía religiosa	100
Melancolías compuestas	102
Un sujeto atacado de melancolía y de manía	102
<i>Tercera parte.</i> — De las fases y curso de la melancolía	106
Obras que pueden consultarse para el estudio de los síntomas de la melancolía	113

LECCION SEXTA.

Del éxtasis considerado como enajenación mental	115
Obras que pueden consultarse	117

LECCION SEPTIMA.

Sobre los fenómenos que caracterizan las manías	118
<i>Primera parte.</i>	118
Formas especiales. La hipoomanía considerada en la manía	119
Un sujeto atacado de manía tranquila sin delirio	120
Otro sujeto atacado de manía del robo	120
Caso de manía erótica	126
Un caso de manía jocosa	122
Un caso de manía ambiciosa	122

LECCION OCTAVA.

Un caso de manía religiosa	446
Un caso de locura dotal	447
Un sujeto atacado de manía ambulatória	450
Sujetos atacados de manía agitante	452

LECCION NOVENA.

<i>Segunda parte.</i> — Formas complejas de la manía	459
De la manía general. — Revista de una serie de maníacos	459
<i>Tercera parte.</i> — Curso de la enfermedad	465
<i>Cuarta parte.</i> — (Continuación)	470
Obras que pueden consultarse	472

LECCION DÉCIMA.

De las ensajenaciones que pueden comprenderse bajo el nombre de locura	474
<i>Primera parte.</i> — Caracteres patognomónicos de la locura considerados bajo un punto de vista general	474
Exposición de la cuestion	475
<i>Segunda parte.</i> — De las diversas formas bajo las cuales puede presentarse la locura; sus asociaciones con otros fenómenos	483
Locuras especiales	488
Un sujeto atacado de locura mutiladora	485
Un sujeto atacado de autismo; examen clínico	490

LECCION UNDÉCIMA.

<i>Tercera parte.</i>	203
Una ensajenada muda	204
Un ensajenado ayunador	207
Examen de algunos otros enfermos	209
Examen de algunos enfermos habladores	214
Examen de algunos ensajenados gesticuladores	213
Obras que pueden consultarse	214

LECCION DUODÉCIMA.

Del delirio ó desorden de las ideas	217
Diferentes especies de delirio	217
Enajenados acusadores	221
Examen de diferentes tipos	226
Una serie de ensajenados atacados de alucinaciones: examen práctico	228
Un ilusionario alucinado, incendiario y homicida	234
Un alucinado incendiario y asesino	234
Tentativa de asesinato, ilusiones y alucinaciones	236
Obras que pueden consultarse	238

LECCION DÉCIMATERCERA.

De la demencia ó de la obtusidad y de la obliteración de los actos frénicos	240
<i>Primera parte.</i> — Fenomenología de la demencia	240
Diferentes formas de esta afeccion	246
Un sujeto atacado de demencia franca	242
Dos sujetos atacados de demencia incompleta	243
Un caso de demencia con persistencia de la reflexion	244
Un sujeto atacado de incoherencia de las ideas	245
Algunos sujetos atacados de demencia senil	247
Algunos sujetos atacados de demencia compuesta	248

LECCION DÉCIMACUARTA.

<i>Segunda parte.</i>	253
Tres sujetos atacados de parálisis general	253
Una serie de casos de imbecilidad compuesta	269
Un sujeto idiota y epileptico	270
Un idiota paralizado	276
Un imbecil asesino	271
Historia clínica de Garayo (el Sacamantecas)	273
Autopsia del mismo, practicada por el Dr. Sierra y Val	273
Obras que pueden consultarse	291

LECCION DÉCIMAQUINTA

De la manera de considerar las alteraciones orgánicas que se presentan en las enfermedades mentales. — Diagnóstico anatómico.	295
<i>Primera parte.</i> — ¿De qué modo síntomas cerebrales idénticos pueden designar enfermedades de índole diferente?	295
Estado aporoso, anomalias de la inteligencia, delirio.	295
Conexión entre la causa y sus efectos.	297
Signos de las inflamaciones cerebrales.	297
Tensión, rigidez.	298
Parálisis.	298
Fiebre. — Falta de fiebre.	298
Cóma vigil.	299
Manía puerperal. — Meningitis puerperal.	299
Manía y histeria.	299
Delirio de las fiebres lortadas.	300
Delirio nervioso.	301
Delirio de intoxicación.	302
Delirio ebrio.	303
<i>Segunda parte.</i> — Alteraciones cerebrales que se presentan en las enfermedades mentales. Síntomas por los cuales se las puede reconocer.	303
Estado congestivo: hipertemia cerebro-meníngea; meningitis, pericititis, equimosis, falsas membranas.	306
Diagnóstico del estado fluxionario cerebro-meníngeo.	309
Congestiones venosas ó negras.	311
Exámen microscópico.	315
Colecciones serosas.	316
Diagnóstico.	319

LECCION DÉCIMASEXTA

<i>Tercera parte.</i>	321
Relandecimiento cerebral.	321
Un sujeto atacado de parálisis general.	321
Parte histórica.	322
Fenómenos estudiados en el hombre vivo.	323
Fenómenos cadavéricos.	324

Exámen microscópico.	325
Fenómenos íntimos.	328
Conclusión.	332
<i>Cuarta parte.</i> — Opacidades de la aracnoides; su engrosamiento.	338
Dos sujetos, uno de los cuales tiene el cerebro comprimido.	339
Adherencias meningo-cerebrales.	343
Induración cerebral.	345
Tres sujetos de los cuales se puede sospechar el endurecimiento cerebral.	346
Hipertrofia cerebral.	347
Una serie de dementes, en los cuales puede suponerse la existencia de una atrofia cerebral.	348
Vicios de conformación del cráneo y del cerebro.	349

LECCION DÉCIMASETIMA

<i>Quinta parte.</i> — De las alteraciones anatómicas descubiertas en las vísceras abdominales y torácicas.	351
A. Afecciones del tubo alimenticio.	351
B. Afecciones del hígado y del bazo.	352
Afecciones de los pulmones.	353
C. Afecciones del corazón.	358
<i>Sexta parte.</i> — Conclusión.	360
Indicaciones generales.	360
Melancolía.	362
Éxtasis.	363
Manía.	364
Locura.	364
Delirio.	365
Demencia.	366
Obras que pueden consultarse.	367

LECCION DÉCIMOACTAVA

De las causas ocasionales y predisponentes de las enfermedades mentales.	372
<i>Primera parte.</i> — Desarrollo de la enajenación mental considerado en las diferentes naciones.	373

	<u>Páginas.</u>
Causas generales. — La civilización europea	373
Obras que pueden consultarse	381

LECCION DECIMANOVENA

<i>Segunda parte.</i> — De la influencia de las poblaciones aglomeradas sobre el desarrollo de la emigración mental	382
<i>A.</i> Tendencias industriales	384
<i>B.</i> Costumbres	387
<i>C.</i> Influencias de la educación	391
<i>D.</i> Instrucción	393
<i>Tercera parte.</i> — Causas especiales	397
Influencias morales individuales	397
Causas inherentes a la familia. Disgustos	399
Impresiones morales vivas; temor y terror	400
Causas religiosas	404
Colera, cólera, celos	405
Pasiones agradables	404
Vigilias	408

LECCION VIGÉSIMA

<i>Cuarta parte.</i> — (Continuación)	407
Abuso de las bebidas fermentadas y alcohólicas	407
<i>Quinta parte.</i> — Causas debilitantes	409
Emissiones espermatícas	411
El narcotismo, los venenos, etc.	416
<i>Sexta parte.</i> — De las influencias viscerales	417
<i>Séptima parte.</i> — De las enfermedades que pueden dar lugar al estado frenopático	424

LECCION VIGÉSIMAPRIMERA

<i>Oitava parte.</i> — Estudio de las causas predisponentes	429
<i>Novena parte.</i> — (Continuación)	439
Sexos	439
Edades	442
Estado civil	443

	<u>Páginas.</u>
Profesiones	446
Epocas del año o climas	446
Obras que pueden consultarse	448

LECCION VIGÉSIMASEGUNDA

Interpretación de los hechos. — Utilidad de establecer una patogenia mental	453
<i>Primera parte.</i> — La interpretación de los hechos conduce a reconocer que generalmente en las enfermedades mentales una impresión dolorosa ha obrado sobre la moral, y que un estado de imprestabilidad morbosa especial debe considerarse como elemento fundamental de estas afecciones	451
<i>Segunda parte.</i> — Cómo debe comprenderse la sensibilidad moral; necesidad de admitir un sentido especial, origen de las emociones	457
<i>Tercera parte.</i> — De la necesidad que hay de buscar en el gran número de fenómenos distintos que caracterizan el estado frenopático los fenómenos fundamentales de tal estado	463
<i>Cuarta parte.</i> — Expresión de los síntomas	465
<i>Quinta parte.</i> — En general, la enajenación es una lesión del sentimiento y no un trastorno de la razón	470
Evolución de los fenómenos: ¿cómo deben interpretarse los síntomas morbosos?	474
¿Cómo deben concebirse las reacciones morales?	475
Voluntad	473
Reacción de las ideas	476
Oscurecimiento de las facultades intelectuales	478
Efectos ulteriores del dolor moral	479
<i>Sexta parte.</i> — Examen ulterior de la cuestión	481
Manja alegre o jocosa	481
Necesidad de un análisis exacto	482
¿El principio es siempre una tristeza?	485
Dolor oculto	485
El desorden de las ideas es un fenómeno secundario	486
Excepción a la regla	488

LECCION VIGESIMATERCEA.

<i>Séptima parte.</i> — Algunas consideraciones sobre el sitio de las enfermedades mentales.	Diferencial de	100
Asiento en las circunvoluciones. — Deducción analófica.	Analófica.	100
Deducciones patológicas.	Analófica.	102
Asiento en la base del cerebro.	Analófica.	103
<i>Octava parte.</i> — Interpretación de los hechos; trasformaciones que ofrecen las frenopatías.	Trasformaciones que ofrecen las frenopatías.	107
La trasformación supone una locación impropia.	Trasformaciones que ofrecen las frenopatías.	108
Luz y oscurecimiento.	Trasformaciones que ofrecen las frenopatías.	100
<i>Novena parte.</i> — Algunas consideraciones sobre el estado íntimo de los actos morbosos considerados en las enfermedades mentales. —	Estado íntimo de los actos morbosos considerados en las enfermedades mentales. —	102
El espiritualismo y el materialismo.	Estado íntimo de los actos morbosos considerados en las enfermedades mentales. —	103
Excitaciones cerebrales.	Estado íntimo de los actos morbosos considerados en las enfermedades mentales. —	103
Un agente imponderable, invisible, impalpable.	Estado íntimo de los actos morbosos considerados en las enfermedades mentales. —	105
Indicaciones.	Estado íntimo de los actos morbosos considerados en las enfermedades mentales. —	105

LECCION VIGESIMACUARTA.

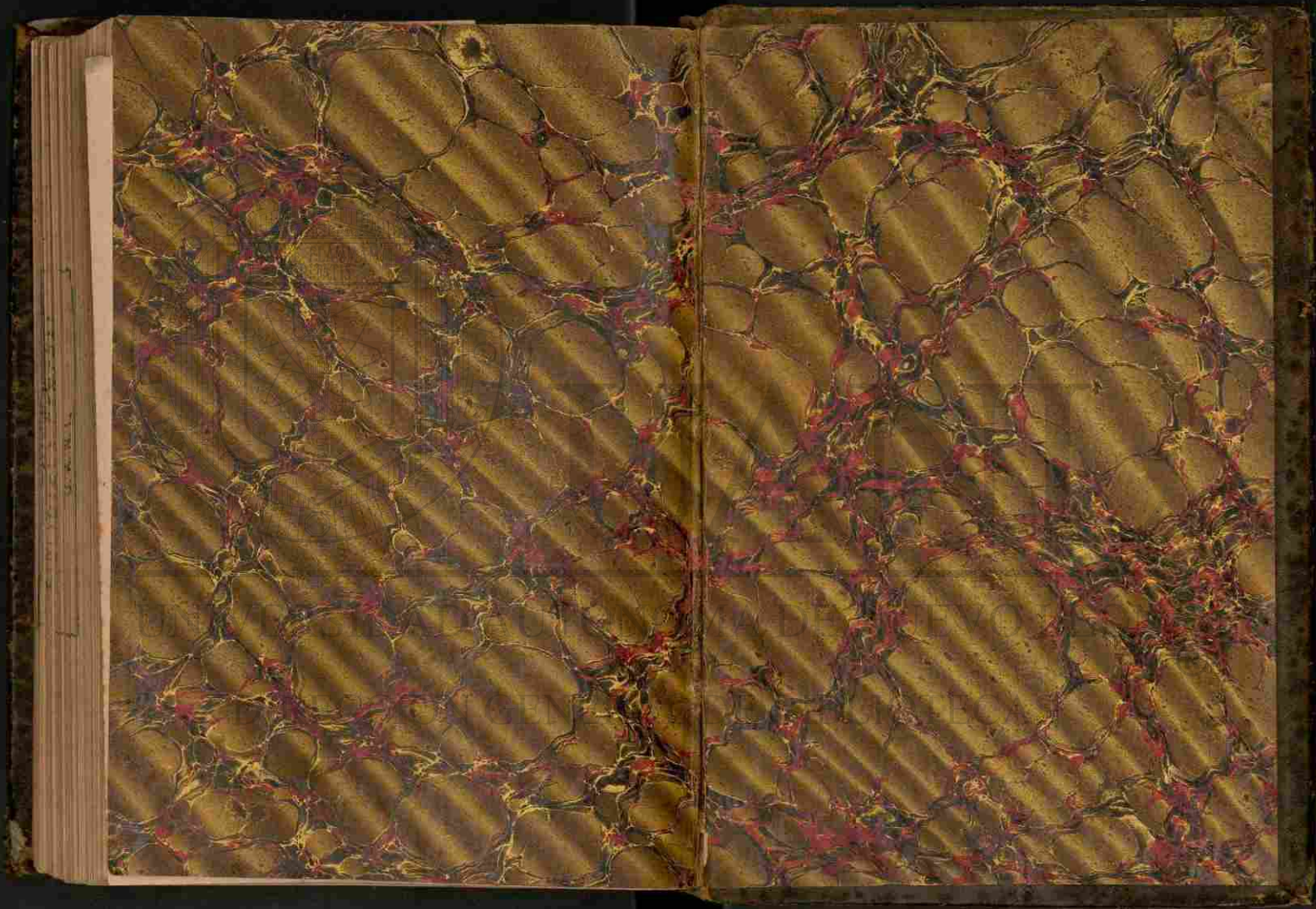
<i>Décima parte.</i> — Las leyes de la estimulación nos guían en la explicación del mayor número de los fenómenos frenopáticos.	Explicación del mayor número de los fenómenos frenopáticos.	108
Influencias viscerales.	Explicación del mayor número de los fenómenos frenopáticos.	108
Alteraciones de los fluidos.	Explicación del mayor número de los fenómenos frenopáticos.	112
Inflamación.	Explicación del mayor número de los fenómenos frenopáticos.	113
<i>Undécima parte.</i> — Las frenopatías deben comprenderse en el cuadro de las afecciones nerviosas.	Las frenopatías deben comprenderse en el cuadro de las afecciones nerviosas.	113
<i>Duodécima parte.</i> — Debilidad.	Las frenopatías deben comprenderse en el cuadro de las afecciones nerviosas.	112
<i>Décimatercera parte.</i> — Resumen.	Las frenopatías deben comprenderse en el cuadro de las afecciones nerviosas.	120
Obras que pueden consultarse.	Las frenopatías deben comprenderse en el cuadro de las afecciones nerviosas.	130

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

FIN DEL INDICE DEL TOMO PRIMERO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
CAPILLA ALFONSO BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

26/9/83 MICROFILMADO R-84





17
EC