

PARTE SEGUNDA.

FRENO-PATOLOGÍA ESPECIAL Ó ESTUDIO DE LAS FORMAS DE LA ALIENACION MENTAL.

CAPÍTULO XXI.

La considerable extension que hemos dado á las cuestiones tratadas en la *Patología general de las enfermedades mentales*, va á proporcionarnos la ventaja de poder circunscribir los capítulos concernientes á esta segunda parte, á las nociones etiológicas, nosológicas y terapéuticas especiales de los diferentes órdenes, géneros y especies de afecciones comprendidas en nuestra clasificación, á la cual en este momento creemos del caso remitir al lector, página 242.

ÓRDEN 1.º

LOCURAS.

Caractéres del grupo.—Estado emocional dominante.—Sin decadencia ni pérdida de facultades mentales.—Exageracion, depresion ó desorden frenopáticos.—Primitivas como vesanias, pero susceptibles de pasar al estado crónico ó de demencia.—Curables, mientras no haya demencia.—Lesiones cerebrales de carácter vascular.—GÉNEROS: 1.º, manía; 2.º, melancolía; 3.º, monomanía; 4.º, éxtasis, y 5.º, locuras patogenéticas.

Género 1.º—Manía.

Etiología y sinonimia.—La *mania*—palabra griega, derivada de $\mu\eta\gamma\iota\varsigma$ —*furor* ó *cólera*—ó de $\mu\alpha\iota\alpha$ ó $\mu\eta\gamma\gamma$ —luna— y mas probablemente de $\mu\alpha\iota\upsilon\omicron\mu\alpha\iota$ —*yo delirio*,—ha recibido los nombres de *hiperfrenia*—Guislain—*hiperkinesis*—Bergmann—*recordia maniacca*, *insania universal* y *polimania*.

Definicion.—Prescindiendo de discutir el valor de las diferentes definiciones que se han dado, diremos que la manía es una *vesania caracterizada por una sobreexcitacion de todas las facul-*

tades psíquicas, pudiendo, empero, en medio de esta exaltacion general, predominar las intelectuales, las afectivas, ó las velitinas.

Etiología.—La manía es la forma mas frecuente de la locura, en términos que las estadísticas mas recientes demuestran que los maniacos forman la quinta parte de la poblacion de los manicomios.

La primavera y el verano son las *estaciones* mas propicias para el desarrollo de esta enfermedad; parece, sin embargo, que los fuertes frios de Diciembre y Enero ejercen una influencia cômparable á la de los ardores caniculares.

La juventud y la virilidad—de veinte á treinta y cinco años—son las *edades* en que mas comunmente se observa la manía; es muy rara antes de los veinte años y su frecuencia va decreciendo de los treinta y cinco á los cincuenta.

En las poblaciones rurales, el *sexo* masculino aparece mas predispuerto que el femenino y lo contrario se observa en los grandes centros urbanos; hecho que explica la diferencia de resultados á que han llegado, por un lado, Esquirol y Calmeil, quienes, consultando las estadísticas de Charenton, en donde se admiten alienados de todos los paises, han hallado que la manía es mas frecuente en el hombre que en la mujer, mientras que, por otro lado Marcé, refiriéndose á los datos de Bicetre y de la Salitrería, en donde solo se albergan orates del departamento del Sena, ha encontrado invertida esta proporcion. Hoy dia, sin embargo, gracias á la frecuencia de la parálisis general en el sexo masculino, esta desproporcion es menos acentuada que en los tiempos de Esquirol.

El influjo *hereditario* es, sin duda, la predisposicion individual que mas frecuentemente aparece en la manía. Segun las recientes investigaciones de Grainger Aeward, entre 100 maniacos, hay 51 en quienes se descubre la influencia hereditaria.

Ciertos *vicios de conformacion* del cráneo y algunas *enfermedades constitucionales* han sido tambien señaladas por algunos autores entre las causas predisponentes de la manía; pero, hasta el presente, no hay suficientes datos para aceptar esta opinion. En cambio, no puede negarse que la epilepsia, el histerismo y la corea conducen frecuentemente á la manía, y hasta no falta quien sostiene que esta no es mas que una trasformacion de aquellas neurosis. Está asimismo probado que diferentes enfermedades del hígado y del tubo digestivo, los vermes intestinales, las afecciones de los pulmones y corazon obran poderosamente,

en varios casos, para dar lugar al desarrollo de manías deuteropáticas.

Estudiando el influjo etiológico de las *profesiones*, las colecciones estadísticas no demuestran sino que, en un dado país, la manía es mas frecuente entre los individuos de la profesion que mas abunda; parece, sin embargo, que los militares dan crecido contingente de esta clase de enfermos, efecto de la intemperancia en tiempo de paz, y de las fuertes emociones y duras privaciones durante las guerras.

Las *grandes ciudades*, en donde el libertinaje, los excesos venéreos, los abusos alcohólicos y las pasiones mas vivas dejan sentir poderosamente su influjo, la manía es mas comun que en las aldeas; pero esto, como lo hemos demostrado en otro lugar, no debe achacarse á los efectos de la civilizacion, sino á condiciones diametralmente opuestas á las tendencias de esta.

Sin negar que un *trabajo mental* llevado hasta la fatiga del cerebro, pueda favorecer el desarrollo de la manía, la experiencia enseña que, en este concepto, ejercen mucho mayor influjo las penas, las pasiones contrariadas, el orgullo, la ambicion, la exaltacion mística, las decepciones, los quebrantos de fortuna y todo género de emociones de índole afectiva.

Los *sacudimientos políticos*, las *revoluciones* y las *calamidades públicas*, segun queda dicho en la página 220, manifiestan su accion no precisamente aumentando el número de maniacos, sino dando al delirio de estos enfermos el tinte correspondiente al acontecimiento social que les ha impresionado.

Raras veces la manía es efecto de *traumatismos sobre el cráneo*; en cambio, las fuertes *insoluciones* que obran sobre esta region ocasionan frecuentemente la mencionada enfermedad en los soldados y en los labradores que no se precaven convenientemente.

El influjo de las *perturbaciones de la menstruacion* se limita frecuentemente á provocar los accesos de la manía en las mujeres afectadas de esta vesania; en cambio, el *embarazo* y el estado *puerperal* ejercen una accion tan marcada, que Marcé, entre 44 casos de locura puerperal, ha contado 29 de forma maniaca.

Sintomatología.—No es raro que la manía estalle súbitamente y sin otros antecedentes sintomatológicos; sin embargo, en la mayoría de los casos, la invasion de la enfermedad va precedida de un *periodo prodrómico* en que comienza á diseñarse la índole de la afeccion que amenaza. A veces estos fenómenos precursores datan de época muy remota; hay individuos en quienes la pro-

pension á la manía se adivina desde la infancia: son esos niños que por cualquier cosa se encolerizan; que son difíciles de educar; que tienen la atención veleidosa; que son mudables en sus propósitos é inclinaciones; que, ya adolescentes, emprenden un oficio ó carrera y, sin razón plausible, la abandonan buscando mayores atractivos en otras profesiones; que frecuentemente adolecen de cefalalgias rebeldes y que manifiestan especial viveza y travesura de ingenio, pero escasa aptitud para retener lo que se les ha enseñado. Se diría que, en estos sujetos, las células de los tálamos ópticos tienen poca capacidad para conservar las impresiones sensoriales, lo cual hace que sus ideas tengan poca fijeza; esa *estivación*, ó arreglo ordenado de las percepciones, tan favorable á la recordación, y de todo punto indispensable para el ejercicio normal de la asociación de las ideas, en tales sujetos se hace sin método ni concierto, á causa de que las células cerebrales son impresionadas con desigual intensidad, siendo, por lo tanto, muy deleznable ciertas impresiones y permanentes otras, resultando de esto frecuentes soluciones de continuidad en las series lógicas que debieran conservarse en los registros de la sustancia gris de las circunvoluciones cerebrales. A estas anomalías funcionales corresponde una especial propensión á las congestiones fisiológicas del cerebro, ó sea esas hiperemias, análogas al orgasmo glandular ó al rubor del rostro, de que nos habla Reindfleisch.—Así como hay personas en quienes, por cualquier cosa, se les ruboriza el rostro, ¿por qué no ha de haber cerebros mas *ruborizables* que otros? Así se explican las cefalalgias, que habitualmente atormentan á esos niños, su extraordinaria propensión á los ensueños, las violentas desigualdades que se notan en su carácter moral, su travesura, su inaplicación, su inconstancia y su escaso aprovechamiento.

Precediendo, ó dejando de preceder estos hechos anamnésicos, asoman manifestaciones mas decisivas del estado frenopático. Una tristeza, un grande abatimiento moral y físico, en medio del que al paciente le asedian presentimientos siniestros, persiguenle rebeldes insomnios, atormentale una cefalalgia gravativa, pierde el apetito, la lengua se cubre de una capa saburral y tiene mal gusto de boca y tenaz estreñimiento de vientre; tales son los fenómenos prodrómicos de la forma mental que tratamos de describir. Todos estos síntomas de depresión, que á no tardar serán reemplazados por otros diametralmente opuestos, esto es, de excitación, parecen indicar que, en los primeros tiempos de la manía, el cerebro recibe menor cantidad de sangre de la

que necesita para su funcionamiento normal; hecho que, en este caso, presupone un espasmo de los vasos encefálicos, ligado á un trastorno de la innervacion del bulbo. De esta misma alteracion de las funciones bulbares dependen: la inapetencia, la estipticidad del vientre, las modificaciones patológicas de las secreciones digestivas y, por último, la ansiedad y fatiga de la respiracion, análogas á las que se observan en los estados de clorosis ó anemia. Esta atonía de los actos digestivos y respiratorios, es, por otra parte, consiguiente al débil trabajo de combustion que se opera en la generalidad del organismo, á causa del abatimiento fisico y moral que se apodera del individuo, pues es sabido que los fenómenos de reparacion plástica, guardan proporcion con la intensidad de los de desasimilacion ó consumo orgánico.

Segun decíamos, á este estado de aplanamiento funcional, subsigue otro de *expansion*, que no tarda en llegar á la agitacion. Esta nueva faz marca la *invasion* y el *período de ascenso* de la manía. El enfermo se siente dominado por deseos impulsivos de moverse, ya andando, ya agitando las manos, pegando, rompiendo, desgarrando, destrozando ó de cualquier modo destruyendo. La sensibilidad, hasta ahora tocada de estupor, adquiere una excitabilidad extrema: la vista de cualquier objeto, cualquier sonido, una impresion táctil, á veces un dolor, y en rarísimas ocasiones una impresion gustual, son suficientes para que se despliegue una actividad inusitada en las funciones específicas del cerebro. Las ideas sobreabundan; proliferan en tumulto; se suceden sin hilacion lógica; las reminiscencias son evocadas con sorprendente viveza; los recuerdos adquieren frecuentemente carácter de actualidad y de objetividad y aparecen alucinaciones ó ilusiones, en uno ó en varios sentidos. La atencion se halla en equilibrio inestable; apenas se sostiene momentáneamente en una impresion, para pasar á otra. La imaginacion, rica de materiales, despliega brios insólitos: entendimientos prosáicos se elevan súbitamente, por gracia de la locura, á las encumbradas regiones de la poesía. Todo se vuelve concebir proyectos, trazar planes de fortuna, hacer prodigiosos inventos y resolver problemas hasta el presente vedados á los humanos cálculos. Si el sugeto es libre de sus acciones, gasta su capital en compras ruinosas; contrae compromisos y estipula contratos que vuelcan su fortuna. Su conversacion es un verdadero flujo de palabras: si tiene interlocutor, el maniaco lleva siempre la palabra; si está solo, habla tambien, vocifera, grita ó insulta, porque frecuentemente su fantasía le crea uno ó mas interlocutores. En ocasiones, la con-

versacion no ofrece de particular mas que la superabundancia de palabras y la exaltacion y extravagancia de conceptos; pero, en otros casos, aparece lo que hemos llamado *pseudo-incoherencia*, debida á que los aparatos silogísticos no tienen tiempo de expresar el gran acúmulo de ideas que se van formando y esperan tanta para salir en forma de palabras; algunas son expresadas, pero otras no llegan á traducirse en sonidos signos y, por consiguiente, la cadena del pensamiento aparece interrumpida, porque en la série silogística se hallan suprimidos algunos eslabones. De todos modos, la *locuacidad* homogénea é incoherente, es uno de los síntomas mas característicos de la manía, en su período de agudez, y encuentra su razon de ser en la múltiple y viva excitacion de las células intelectuales. Todas las corrientes nerviosas de direccion centrifuga, esto es, desde las circunvoluciones cerebrales hasta los cuerpos estriados y los hacecillos anteriores, entran en activa é incesante funcion. De ahí que la fisionomía se presente animada, que la mímica del rostro y de las manos venga en ayuda de los órganos fonéticos, para contribuir á la expresion del delirio de las ideas, y que el vigor y agilidad del sistema muscular se acrecienten de un modo prodigioso, á á veces contrastando con la endeblez de las carnes del enfermo. De ahí tambien que, dominados los centros locomotores por una irritacion funcional, aparezca un verdadero automatismo peligroso, que no bastaria á ser explicado por la hiperestesia intelectual, en el que el paciente desgarras sus vestidos, muerde, golpea, hiere, destruye, corre, salta y rompe cuantos objetos están á su alcance.

La interpretación fisio-patológica de estos síntomas, es como sigue: al estado de contraccion de los capilares del cerebro, que producía la isquemia de la sustancia gris, y, por consecuencia, la atonía propia del período prodrómico, sucede, como en todo proceso hiperémico, la relajacion de los órganos vasculares y, por consecuencia, la hiperemia, la superabundancia de sangre, que produce la rubefaccion y determina la irritacion funcional de los elementos nerviosos. Así como el espasmo inicial habia sido general ó difuso, dando lugar al abatimiento, tambien general, de las funciones cerebrales, incluso la innervacion visceral, la relajacion que subsigue es tambien general y difusa, y, por lo mismo, la hiperemia se extiende á todos los ámbitos, no solo del cerebro, si que tambien del cerebello y del bulbo. De ahí de que todos los aparatos encefálicos sin distincion, manifiesten una acentuada hiperestesia funcional: las sensaciones—

tálamos ópticos—la percepcion, la memoria, la asociacion de ideas, la imaginacion—capa superficial de la sustancia gris de las circunvoluciones—las impresiones sensoriales reflejas, los movimientos automáticos—cuerpos estriados, prolongaciones de los cuernos anteriores de la médula y aparatos cerebelosos—todo está en activísima y desordenada funcion. De ahí el delirio alucinatorio ó sensorial, de ahí el delirio afectivo, de ahí el delirio intelectual y de ahí, en fin, el delirio de los actos. *Delirio*, es decir, accion ó movimiento psicológico sin regla, sin órden, que constituye la mas alta expresion de la manía.

Si en el período melancólico precursor de la manía, los actos de la vida vegetativa, á causa de la incompleta influencia del bulbo y por efecto del poco consumo orgánico, se hallaban afectados de atonía, ¿cómo en condiciones biológicas diametralmente opuestas, no han de ostentar un vigor correspondiente á la energía de las funciones cerebrales y al tono de la innervacion del bulbo? De ahí que, en este período, cesen la anorexia, la saburra, el mal gusto de boca, la constipacion abdominal y demás perturbaciones digestivas que aparecieron al principio, y que, al contrario, el apetito se avive, llegando en ciertos casos, hasta la voracidad; que el pulso se despliegue con mayor ó menor intensidad y frecuencia; que la respiracion deje de ser ansiosa y entrecortada y que todo, en fin, indique una capacidad nutritiva proporcionada al enorme gasto ocasionado por el exuberante funcionalismo de la vida de relacion. En algunas manías en que la agitacion y el delirio son muy vivos y las alucinaciones muy intensas, el enfermo suelta inadvertidamente las orinas y las heces ventrales: estos fenómenos no dependen de parálisis ó relajacion de los esfínteres, sino que están ligados á un estado de anestesia de la vejiga y del recto, análoga á la en que se halla constituida toda la sensibilidad táctil; anestesia general que, contrastando con la hiperestesia de los sentidos especiales y en particular la vision y audicion, hace que los enfermos no se aperciban de los estímulos mas dolorosos, ni de las quemaduras, ni de las heridas, ni del frio, impresiones que, sin embargo, no dejan de producir reacciones orgánicas de todo punto semejantes á las que determinan en los organismos sanos.

Este contraste entre el estado de las dos sensibilidades, la general y la especial, se explica por la difusion de las lesiones anatomo-patológicas de la manía. La hiperemia de los tálamos ópticos exagera la impresionabilidad de la vista, del oido y del olfato—sentidos especiales;—las lesiones de la protuberancia,

interponiéndose á la prolongacion de los hacecillos laterales de la médula, interrumpen la marcha de las impresiones táctiles, las cuales, por lo mismo, no pueden llegar á la altura de las circunvoluciones cerebrales, para hacerse conscientes.

— La voz del maniaco se apaga ó se pone notablemente ronca; á esto, sin duda, contribuye el excesivo trabajo á que se halla condenada su laringe, por el elevado tono de la elocucion, y por los gritos del enfermo; pero la principal causa de este fenómeno debe señalarse en una alteracion de la innervacion bulbar; de no ser así, no se explicaria que algunos maniacos apareciesen con la voz tomada desde el primer dia de su enfermedad, y antes de haber llegado á grande exageracion la locuacidad y las vociferaciones. En la mayor parte de los maniacos se observa una sobreexcitacion del sentido genésico; este síntoma es, sin embargo, mucho mas comun en la mujer que en el hombre. En aquella, la vista de un hombre, el ruido de sus pasos ó el sonido de su voz, son bastantes á determinar paroxismos eróticos, que se traducen en acciones y palabras obscenas, que nada tenian de habitual en el sugeto. El caso es que, tanto en el uno como en el otro sexo, este furor erótico conduce al onanismo desenfrenado, hecho que conviene no olvidar, para acudir con tiempo á evitar las funestas consecuencias que en otro punto hemos señalado — véase página 237.

La excitacion de los centros nerviosos trasciende á los aparatos de la vida vegetativa, y así no es de admirar que muchos maniacos, en el decurso del período de ascenso que describimos, ofrezcan una notable aceleracion del pulso, asociada al correspondiente aumento de la temperatura; al principio, con sequedad de la piel, y despues con sudores profusos, frecuentemente de una fetidez especial, comparada por Guislain al hedor de ratones. No obstante, la fiebre no es constante en todos los casos de manía, y por consiguiente este síntoma dista mucho de ser característico de esta forma mental, como supusieron Georget y J. Frank.

El *furor*, como dice Marcé, es mas bien un episodio que una complicacion de la manía; es un estado mas ó menos pasajero de la hiperemia general de los centros nerviosos. El furor es mas frecuente y mas duradero en la mujer que en el hombre. Raro es el maniaco en quien en el estado de agudez no sea dable hacerle entrar en furor; basta una palabra dura, una reconvencion, una amenaza, etc. Por esta razon las alucinaciones tienen tan gran parte en la provocacion de este estado. En cambio, la dulzura, la quietud, cierta libertad, concertada con la privacion de estímulo-

los y el aislamiento, son influencias que, oportunamente empleadas, preservan al paciente de los arrebatos del delirio. El frenópata debe reconocer los signos premonitores del furor maniaco. «Tal enfermo, dice Calmeil, acelera repentinamente su marcha, profiere súbitamente una palabra ó una frase que no pronuncia jamás en ninguna otra ocasion; tal otro frunce el entrecejo, hace rodar los ojos en las órbitas, presenta un violento temblor en los brazos, una súbita rubicundez en el rostro, latidos insólitos en las arterias, é inmediatamente despues se declara el furor; los ojos centellean, los enfermos exhalan terribles gritos, desahogando su rabia contra los muebles ó los árboles, rompen cuanto les viene á mano, muerden á cuantos se les acercan; cuando se les ha privado del ejercicio de sus manos, se revuelcan por el suelo, se desgarran á sí mismos, y se precipitan contra las paredes. No hay cosa mas terrible que el furor de los epilépticos cuando salen de sus accesos convulsivos (1).»

Cuando los síntomas de la manía han terminado su desarrollo, de modo que en la enfermedad ya no se presentan síntomas nuevos, ni desaparecen los que se han presentado, ni se acrecienta ni rebaja la intensidad del conjunto, se dice que ha entrado en su *segundo periodo*, ó *de estado*, cuya duracion es muy variable y cuyos fenómenos característicos son: el enflaquecimiento, la depression del semblante y las remisiones y exacerbaciones del delirio. Estas últimas son mas ó menos intensas y frecuentes, segun influyen sobre el individuo diferentes impresiones físicas ó morales, como: el calor ó el frio muy intensos, la reclusion, las ataduras, la contrariedad, etc. Es tambien de notar que los periodos menstruales exacerban el delirio.

El *tercer periodo* ó *de declinacion de la manía*, se puede manifestar de cuatro maneras diferentes: 1.º, por la aparicion de intervalos lúcidos, durante los cuales el enfermo recobra mas ó menos completamente la razon; á medida que se adelanta en sentido de la curacion, los intervalos lúcidos son mas largos y mas cabales y los paroxismos son raros y mas cortos; 2.º, por gradual rebaja y desaparicion consiguiente de la agitacion y de la incoherencia de las ideas; 3.º, por la nueva aparicion del orden y lógica en los conceptos, persistiendo empero cierto grado de sobreexcitacion intelectual, que no se desvanece hasta que está plenamente establecida la convalecencia; y 4.º, por la reaparicion

(1) Cita de Marcé, obra citada, pág. 286.

de la calma, pero persistiendo aun, por bastante tiempo, la incoherencia de las ideas.

Cuando la manía ha recorrido todos estos períodos, habiendo, por lo mismo, desaparecido totalmente los síntomas frenopáticos, y sobre todo, si el enfermo se halla poseido de la noción de su estado actual y de su estado morboso anterior, se puede declarar que ha entrado en *convalecencia*. Entonces, por lo comun, el paciente aqueja una sensacion de fatiga y de quebrantamiento general, que, lejos de infundir recelos, confirma la curacion; entonces tambien suelen reaparecer las neuralgias, las jaquecas y demás afecciones que eran tal vez habituales en el sugeto. Otros, empero, mas afortunados, con la enfermedad mental, quedan curados de achaques que anteriormente les molestaban.

Marcha.—Por su curso, la manía puede presentar tres tipos, á saber: el *continuo*, el *remitente* y el *intermitente*. En el tipo *continuo* puede suceder que la enfermedad llegue en pocos dias al colmo de su intensidad—período de estado—ó que alcance á sus mas altos grados de un modo sucesivo, pero sin ofrecer alternativas de calma y de exacerbacion. En el primer caso, no es raro que la curacion se establezca de un modo súbito y que el paciente salga de su enfermedad como quien despierta de un penoso ensueño; parécete que se ha rasgado bruscamente un velo que cubria su entendimiento. En otras ocasiones, y es lo mas comun, la curacion se anuncia por una progresiva disminucion en la intensidad de los síntomas. En otros casos, en fin, por la aparicion de períodos lúcidos, cuya duracion y frecuencia van en gradual aumento. El tipo *remitente* es el mas comun y se caracteriza por alternativas, mas ó menos acentuadas, de calma y de exacerbacion del delirio. Ciertos maniacos se agitan especialmente durante las noches; otros duermen bien en las horas regulares, pero pasan el dia agitados; otros se exacerban por la mañana ó por la tarde, y hay otros, en fin, cuyos paroxismos solo aparecen en dias alternos y con notable regularidad.—La manía *intermitente* no deja de observarse con bastante frecuencia; en ella, los intervalos de lucidez son completos y los accesos aparecen, ya en épocas fijas, ya sin orden cronológico regular, pudiendo variar extraordinariamente la duracion de los unos y de los otros; hay manías cuyos paroxismos, como los de las calenturas palúdicas, se presentan cada dos ó cada tres dias; otras en que se observan cada semana; en otras son mensuales, trimestrales, ánuos, bienales, etc. En ciertos casos, la determinacion del acceso parece espontánea, pues no puede referirse á otra in-

fluencia que á la de la estacion ó del tiempo; en otros, aparece bajo el dominio de ciertos trastornos orgánicos ó morales, tales como una emocion mas ó menos viva, un empacho gástrico, restriccion de vientre, cefalalgia, etc. El acceso, por lo comun, termina de un modo súbito y sin fenómenos críticos, quedando el enfermo en estado de perfecta lucidez intelectual, pero subsistiendo algunos vestigios del trastorno frenopático que no permiten confundir el intervalo lúcido con la curacion definitiva.

Terminaciones.—La manía puede terminar de cuatro maneras distintas, á saber: por *curacion*, esto es, declinando la enfermedad y restableciéndose la razon, segun hemos expuesto; por *tránsito al estado crónico*, por *transformacion en otra especie frenopática* y por la *muerte*.

El tránsito de la manía aguda al *de estado crónico*, consiste en la prolongacion indefinida del período de estado, y se caracteriza por el conjunto de signos que hemos apuntado en la página 202 y que no repetiremos en este lugar. En la manía crónica, se obtienen pocas curaciones; así que la mayoría de estos enfermos pasan al estado de demencia.

La *transformacion* de la manía en *melancolia*, apareciendo despues de la tristeza un período de lucidez, seguida de una nueva invasion de la manía y sucesivamente, constituye la entidad frenopática conocida con el nombre de *locura de doble forma, ó circular*; pero hay casos en que cesa el estado de exaltacion frenopática general, para dar lugar á otro de depresion moral ó tristeza, que queda permanente en el individuo; entonces hay una verdadera terminacion de la manía por transformacion en melancolia. En otras ocasiones, el delirio general se va circunscribiendo á un determinado órden de ideas; cesa la exaltacion frénica y el enfermo, antes afectado de manía general, queda constituido en un estado de *monomania, ó manía parcial*, por cierto nada favorable á la curacion.

La terminacion de la manía por la *muerte*, es un hecho relativamente raro; pues la mayor parte de defunciones que ocurren en el decurso de esta enfermedad, se deben á alguna complicacion extraña á la marcha de la misma, tales como una flegmasia pulmonal ó intestinal ó un delirio sobreañadido, etc. Cítanse empero maniacos poseidos de delirios sumamente intensos, que han sucumbido sin complicacion y á consecuencia del agotamiento nervioso.

Para mas pormenores relativos á las terminaciones de la manía debemos remitir al lector al capítulo XIII, página 192.

Diagnóstico.—La manía podría confundirse con otras vesanias comprendidas en el orden de las locuras, y en especial con la melancolía y la monomanía, y con la demencia.

Limitémonos, por ahora, á establecer el diagnóstico diferencial entre la manía y la melancolía: mas adelante señalaremos los caracteres que distinguen las demás vesanias de la que forma el objeto de este capítulo.

En la *mania*, todas las funciones cerebrales manifiestan un estado de sobreexcitacion. El hábito exterior del maniaco revela arrogancia, agitacion, vigor ó movimiento; el del melancólico, desconfianza, temor, recelo, arrepentimiento, humildad, abatimiento, debilidad ó vacilacion. La voz del maniaco es alta, sonora ó ronca; la del melancólico baja, apenas inteligible y frecuentemente nula, porque el enfermo adolece de *mutismo frenopático*. El maniaco habla mucho, su lenguaje es atrevido, sus frases, en muchos casos, incoherentes, pronuncia palabras mal definidas, grita, blasfema, insulta ó ahulla; el lenguaje del melancólico es siempre parco, luctuoso ó quejumbroso. El maniaco manifiesta suma intensidad en las voliciones: quiere salir, huir de sus enemigos, vestirse de este ó del otro modo, repudia á su mujer, pretende comprar fincas ó muebles, derribar la casa, etc.; el melancólico se caracteriza por una *abulia* mas ó menos completa: no tiene fuerza para querer.—El maniaco propende siempre á acusar: dice que le persiguen, que le quieren mal, que pretenden matarle; los melancólicos se acusan á sí mismos: todos hablan de su *desgracia* y de la causa de su mal, que fué el *error* en que incurrieron, la *falta*, el *pecado* ó el *crimen* que cometieron; el melancólico, pues, se *acusa á sí mismo* y se *arrepiente*; el maniaco *acusa á otro ó otros* y *no siente remordimientos*.—En el lenguaje del maniaco, campea siempre el pronombre *yo*, en sentido enfático ó de aprobacion; el melancólico no habla de sí mismo, sino para acusarse ó deprimirse.—El maniaco anda con paso firme y la cabeza erguida; si le amenazan, acepta el reto, se defiende, lucha y resiste con gran fuerza; el melancólico anda vacilando, busca la soledad, rehuye las provocaciones y, si alguna vez trata de defenderse cuando se ve atacado, nunca toma la ofensiva.—El maniaco es crédulo, pero olvida fácilmente lo que se dice; el melancólico no discute la opinion de otros, pero no da asentimiento sino á su propio delirio. Las funciones orgánicas del maniaco—digestion, respiracion y circulacion—revelan un exceso de actividad; el apetito es exigente; el pecho se dilata con amplitud y el pulso late con vigor; el melancólico suele estar

anorético; su respiracion es corta, rara y ansiosa; el pulso débil y algo frecuente, y la temperatura baja.—El maniaco exhala abundante sudor y sus deposiciones alvinas se verifican en horas regulares y son normalmente abundantes; el melancólico tiene seca la piel, sufre astriccion de vientre y todas sus secreciones escasean, excepto la orina, que mas bien suele pecar por exceso en cantidad y por defecto de principios salinos.

ESPECIES Ó FORMAS DE LA MANÍA.

Al trazar el cuadro nosológico de la manía, no nos hemos propuesto describir una entidad clínica: nuestro objeto ha sido agrupar, bajo cierto orden, toda la fenomenología de los diferentes tipos frenopáticos que concuerdan en el hecho capital que hemos asignado como característico del género, esto es: la *generalidad de la sobreexcitacion frénica*. Toda vesania en que se observe una sobreexcitacion mental generalizada, deberá, pues, incluirse en el género manía. Este género está formado por un considerable número de especies, cuyas diferencias derivan: 1.º, de la marcha ó intensidad de los síntomas; 2.º, de la naturaleza del delirio; 3.º, de su tipo, y 4.º, de su etiología. Cada autor, al descomponer en especies el género manía, lo ha hecho tomando diferente punto de vista, y así, al paso que unos se han limitado á dividir esta enfermedad en *aguda* y *crónica*, otros, tomando por punto de partida el orden de facultades en que descollaba el delirio, han descrito una manía *intelectual*, otra *afectiva* y otra *impulsiva*. Nosotros, con el ánimo de no privarnos del beneficio de estas divisiones, sin caer en los inconvenientes de su multiplicidad, nos limitaremos á exponerlas sinópticamente, y fundaremos nuestra clasificacion en el *concepto nosológico general*, formando solo dos especies, á saber: la *manía simple, franca, primitiva ó idiopática* y la *manía mixta, híbrida ó constitucional*. En rigor, deberíamos admitir una tercera especie, formada por las *manías sintomáticas*; pero estas serán estudiadas con mas oportunidad entre las *locuras patogenéticas*, ó sea en el cuarto género del orden primero de nuestra clasificacion.

Cuadro sinóptico de las formas de la manía.

		Agitación, delirio y furor extremos, con fiebre ardiente; que suele terminar por la muerte entre el quinto al décimo día.		
Por su marcha en....	} <i>Agudísima, ó delirio maniaco.....</i>	Sobrexcitacion general de las funciones cerebrales, permanente, sin fiebre ó con ligera agitacion del pulso y aumento de la temperatura.		
			} <i>Aguda. — Tipo descrito</i>	Terminacion de la aguda—la exaltacion cerebral ha dejado de ser permanente y solo aparece por intervalos.
Por la naturaleza del delirio predominante, en.....	} <i>Crónica.....</i>	} <i>Alegre.</i> —Con ideas alegres, que mantienen al enfermo siempre de humor festivo.		
			} <i>Erótica.</i> —Con especial predominio de las ideas eróticas.	} <i>Religiosa.</i> —Con marcada preponderancia del delirio místico.
			Por el tipo...	} <i>Remitente.</i> —Que presenta exacerbaciones y remisiones mas ó menos frecuentes.
} <i>Hereditaria.</i> —Con antecedentes morbosos en los parientes del enfermo.	} <i>Adquirida.</i> —Por efecto de influencias que han obrado accidentalmente en el individuo.			
		Por las causas		
Por el concepto nosológico general..	} <i>Mixta híbrida ó constitucional.</i>		} <i>Mixta híbrida ó constitucional.</i>	

Manía simple, franca, primitiva ó idiopática.—Esta forma de la sobrexcitacion frénica, que ha recibido tambien el nombre de *manía intelectual*, porque, en medio de la estenia general de las funciones cerebrales, descuella la sobrexcitacion de las facultades intelectuales, es la que reúne el mayor número de los caracteres que hemos señalado como determinantes del género manía. Un desórden completo de las operaciones intelectuales, el verdadero caos del entendimiento, con extremada movilidad de las

afecciones, tales son, de un modo general, los fenómenos que distinguen esta frenopatía.

En casos—mas excepcionales de lo que parece—invade súbitamente, poco despues de la accion de causas físicas ó morales abonadas. Por lo comun, la excitacion frenopática va precedida de un período de depresion melancólica, cuyos síntomas, marcha y significacion fisio-patológica hemos descrito. Esto constituye los *prodromos* de la enfermedad mental; que en algunos individuos parece estar en incubacion, no del todo latente, desde la mas tierna infancia.

La depresion melancólica va gradualmente cediendo el puesto á la sobreexcitacion cerebral: en un principio hay alternativas de depresion y de exaltacion; pero luego solo hay fenómenos hiperfrénicos. Entonces queda declarada la *invasion* de la enfermedad. La agitacion aumenta, se hace permanente y se establece definitivamente el delirio, cuyo aspecto varía, predominando unas veces la exaltacion y otras la incoherencia. De ahí dos variedades de la manía simple: la *exaltada* y la *incoherente*. En la primera se observa un prodigioso aumento de la memoria; la imaginacion despide destellos inusitados; las ideas brotan en extraordinario número; el enfermo habla sin cesar y con una elocuencia mas viva que de costumbre; improvisa versos; si escribe, antes agota el papel que la materia, y en su conversacion, además de la clara y viva entonacion de la voz, se nota que aparece animada por una enérgica expresion mímica y por continuas y agitadas gesticulaciones. Este estado que, en realidad, es una de las formas de la manía razonadora, merece el nombre de *exaltacion maniaca*.

En la forma *incoherente*, es tal la sobreexcitacion de las facultades conceptivas, esto es, la sensacion, la percepcion, la memoria y la imaginacion, que estas sacuden el yugo regulador que normalmente les imponen las facultades directivas, á saber: la atencion, el raciocinio y la reflexion. Por tal motivo, se rompe el equilibrio funcional de la inteligencia y, por lo tanto, todo es confusion en la mente. Faltando el poder ordenador, desaparece la solidariedad entre los elementos de la inteligencia; no hay enlace de unos conceptos con otros; se pierde esa armonía que depende de la relacion categórica y cronológica entre las sensaciones, las percepciones, los juicios y los razonamientos. La inteligencia es un edificio arruinado, cuyos materiales, no obstante, no han sido arrastrados por la corriente morbosa, sino que esta las ha puesto en revuelta confusion; el cerebro, por otro concepto, po-

dria compararse á un incendio de focos múltiples, cuyas llamas, por efecto de la propagacion del fuego, vienen á formar una sola y grande hoguera.

Seria incurrir en grave error creer que, en la forma mental de que tratamos, el trastorno psicológico se limita á las facultades intelectuales, pues las afectivas manifiestan notables anomalías, que constituyen ese fondo emocional, que hemos señalado como de uno de los caracteres distintivos del género. Respecto á este punto, se observan numerosas variedades: hay maniacos alegres, expansivos, pródigos y contentos de todo y de todos; otros, al contrario, son egoistas, retraidos, desconfiados y difíciles de contentar; algunos son amables é inofensivos; la mayor parte son irascibles, intolerantes y hasta peligrosos. Ciertos enfermos de esta clase se hacen notar por la versatilidad de sus afecciones, y así se les ve pasar súbitamente desde la alegría á la tristeza, del llanto á la risa, de la amabilidad á la ira y del amor al odio.

Un hecho, en el cual concuerdan casi todos los maniacos de la especie que estudiamos, consiste en un cambio completo de sus afecciones: las personas que antes les eran mas queridas, les son indiferentes, si ya no es que respecto de ellas conciben inexplicables repulsiones é injustificados rencores.

En el retrato físico de los enfermos afectados de manía intelectual, se encuentran los siguientes rasgos: fisonomía animada y movable; notable propension á hacer muecas; ojos inyectados y brillantes; andar vivo y precipitado; movimientos bruscos y tumultuosos; el alienado va, viene, corre, salta, canta, grita y se entrega á actos desordenados, sin que le detengan obstáculos; si algo se opone á sus acciones, lo rompe ó se infiere daño; algunos no cesan de desgarrarse los vestidos, pues en su agitacion no toleran la menor traba. Hablando en propiedad, en los maniacos no hay aumento de fuerza muscular, sino mas bien superabundante expansion de esta en un dado espacio de tiempo; parece que, en los accesos de la manía, el influjo cerebral éxitomotriz sale al exterior bajo la forma de grandes descargas, que, en gran parte, dejan de estar bajo el influjo de la voluntad.

Extraordinaria exaltacion se observa en la sensibilidad de estos enfermos: las impresiones ópticas y acústicas, en particular, tienen tal grado de hiperestesia, que ellas solas bastan á acrecentar la intensidad del delirio. En muchos casos, á la hiperestesia se agregan alucinaciones ó ilusiones que, si bien no son esenciales á la enfermedad, sino que aparecen á título de com-

plicacion de la misma, á pesar de su movilidad y fugacidad, exasperan notablemente la hiperfrenia y contribuyen á viciar el juicio. Con esa sobreexcitacion de los sentidos especiales, contrasta, en la manía intelectual, la obtusion de la sensibilidad general, fenómeno de que nos hemos hecho cargo al tratar de la manía en general. Hay en este hecho algo análogo á lo que sucede en el estado normal, cuando la atencion se halla fuertemente ocupada en percepciones de grande intensidad, ó cuando el espíritu está profundamente abismado en la reflexion. ¿Quién no sabe que Arquímedes, absorto en sus cálculos matemáticos, no se apercibió del incendio de Siracusa?

Podríamos completar el síndrome de la manía intelectual exponiendo las alteraciones relativas á las funciones de la vida de nutricion y reproduccion y aun hablar especialmente del furor maniaco; pero, como al describir los caracteres del género, nos hemos referido á los síntomas propios de esta forma, por ser la mas acentuada, consideramos que, por no repetirnos, bastará remitir al lector al capítulo antecedentemente expuesto.

Considerada desde el punto de vista de su *marcha y duracion*, la manía intelectual, ó simple, puede presentar dos estados principales, á saber, el *estado agudo* y el *estado crónico*.

La *manía aguda*, caracterizada por la rápida sucesion y sabida intensidad de los síntomas, con grande agitacion, desorden de las ideas, impetuosidad de los movimientos y fiebre bastante graduada—*manía febril*,—puede presentar dos variedades, que son: la *manía transitoria* y el *delirio vesánico*.

La *manía transitoria*, ó *agudísima*, se puede presentar espontáneamente; pero, por lo comun, en su etiología figura la accion próxima de una viva emocion, una insolacion muy intensa, un exceso alcohólico, la ingestion de algun agente tóxico, una alucinacion ó ilusion sensorial, un ensueño terrorífico, el estado puerperal, el de preñez ó la lactancia, alguna neurosis convulsiva, tal como el histerismo, la epilepsia ó la corea, y á veces se observa como complicacion de las pirexias mas agudas, como las calenturas eruptivas, la fiebre tifoidea, las intermitentes, ó el reumatismo articular agudo.

Esta forma mental estalla súbitamente en un sugeto que momentos antes gozaba de cabal razon: un fuerte delirio, con agitacion extrema é indomable furor, que llega rápidamente á los grados mas elevados de intensidad, acompañándose de fenómenos febriles, para desvanecerse en un período corto, que varía entre diez minutos y seis horas, sin dejar en la mente del enfer-

mo más que una confusa reminiscencia de su estado; tal es el síndrome de la variedad frenopática, de la cual acabamos de presenciar un notable ejemplo en una puerpera; siendo de notar que, en este caso, cuatro meses después del ataque maniaco transitorio, se ha declarado una manía intelectual, que ha conducido á la enferma á *Nueva-Belen*. Los alienistas, sin embargo, afirman que son raras las recidivas en esta enfermedad, cuya causa anatómica parece ser una hiperemia cerebral, tan rápida como fugaz.

El *delirio agudo vesánico* es una variedad frenopática, cuya primera descripción se debe á Calmeil, y cuyo cuadro sintomatológico ha sido completado por Briere de Boismont, Baillarger, Jensen, Fhulí y Ach. Foville. Raras veces aparece como enfermedad primitiva; por lo comun se manifiesta en el decurso de una manía franca. El enfermo presenta una agitación violentísima; si está en libertad de acción, no cesa de moverse; si se le retiene ó sujeta, agita la cabeza y los miembros; habla ó grita incesantemente, variando siempre de tema y sin la menor coherencia; presa de tumultuosas y extrañas alucinaciones, no tiene conciencia de las personas y objetos que le rodean; apenas llega á conciliar el sueño cuando ya le asalta de nuevo el delirio; abrásale una calentura sumamente viva; su piel, ardiente, está bañada en sudor viscoso; el pulso late hasta ciento veinte veces por minuto; la cabeza arde; los ojos están inyectados y brillantes, y los párpados cubiertos de legañas; la voz es ronca; la lengua árida; siente sed abrasadora, pero tiene horror al agua—*hidrofobia*—rehusa los alimentos; no cesa de escupir, y su fisionomía, profundamente alterada, tan pronto expresa la cólera, como el terror, como la mas expansiva alegría. Al cabo de algunos dias, aumenta la frecuencia del pulso, que á la vez se pone pequeño y blando; cúbrese de materia fuliginosa la lengua, los dientes y los labios; el aliento se vuelve fétido; la voz temblorosa y débil; la elocución penosa; la respiración anhelosa é irregular; el insomnio es cada dia mas tenaz; las excreciones alvinas son espelidas involuntariamente; sobrevienen espasmos de los músculos de la cara, subsultos de tendones y, en algunos casos, convulsiones epileptiformes generalizadas. En tal estado, acaece la muerte, unas veces por efecto de la repetición de los ataques y otras después de una diarrea abundante, á consecuencia del marasmo y profunda adinamia que se apoderan del enfermo.

Los estudios de Colmeil, ilustrando la anatomía patológica del delirio agudo vesánico, han contribuido poderosamente á de-

terminar la naturaleza de esta afección, que antes se explicaba por un mero trastorno dinámico del cerebro. Para este autor, que ha encontrado constantemente derrames de serosidad sanguinolenta en los espacios sub-aragnoideos; productos fibroplásticos por debajo de la serosa; inyecciones, manchas violadas y adherencias de la pia-madre á la capa mas superficial de la sustancia gris de las circunvoluciones; tumefacción de estas, tinte violado y puntuaciones rojizas, resultantes de numerosos orificios vasculares y manchas equimóticas en esta misma sustancia; defecto de consistencia del tejido de la médula en la region cervical; exceso de vascularización de la sustancia blanca; coloración rojiza de los tálamos ópticos y cuerpos estriados; coarrugación del epéndima de los ventrículos; corpúsculos pióides, granulosos y hemáticos en la serosidad de la aragnóides y entre las mallas de la pia-madre, y estados varicosos de los capilares, cuyas tunicas estaban además infiltradas de granulaciones moleculares; todas estas lesiones, decimos, en concepto de Calmeil, prueban evidentemente que el delirio agudo vesánico es la expresión sintomatológica de una *periencefalitis difusa aguda*, que, en patología mental, tiene su análogo en la *parálisis general de los alienados*, pues esta es tambien una *periencefalitis* difusa, pero de marcha crónica.

Baillarger ha establecido una distinción utilísima desde el punto de vista clínico, entre dos formas de delirio agudo, que, aun cuando presentan recíprocas semejanzas, corresponden á dos estados morbosos diametralmente opuestos. Hay, en primer lugar, un *delirio agudo con fiebre* muy graduada y fenómenos inflamatorios intensísimos, al que Baillarger da el nombre de *mania congestiva* y que corresponde la *periencefalitis difusa aguda* de Calmeil, y cuyas analogías con la parálisis general de los alienados son indiscutibles; y hay, en segundo lugar, una forma de delirio agudo, puramente nervioso, comparable al delirio famélico, que, en lugar de acompañarse de síntomas inflamatorios, ofrece signos evidentes de anemia y de debilidad.

En este, en efecto, no hay elevación de la temperatura y el pulso es pequeño y á veces frecuente, lo cual indica que la excitación cerebral no es de carácter esténico, sino debida á la debilidad y á la anemia. La primera forma del delirio agudo es, por consiguiente, comparable á la parálisis general, mientras que la última constituye un estado frenopático mucho menos grave y análogo á la manía.

El estado crónico de la manía puede ser primitivo; pero, por lo comun, es una terminacion del estado agudo.

No tenemos precision de repetir los sintomas que anuncian este estado, puesto que los hemos expuesto de un modo especial al tratar de las terminaciones de esta vesania; bastará que recordemos que la cronicidad se caracteriza: por la declinacion de las facultades intelectuales; por la uniformidad de los conceptos, que contrasta con la primitiva movilidad de las ideas; por la monotonía del lenguaje; por la menor intensidad ó total ausencia de alucinaciones é ilusiones; por la menor violencia y menor desórden de los movimientos; por la apatía ó indiferencia moral; por la completa normalizacion de las funciones tróficas y por las alternativas de delirio y tranquilidad que presenta el alienado.

En algunos maniacos constituidos en estado de cronicidad, se declaran un delirio y agitacion permanentes, esto es, sin remisiones ni intervalos de tranquilidad; entonces el enfermo enflaquece extraordinariamente, y pudiera creerse que le amenaza de cerca el marasmo; no obstante, la experiencia enseña, que estos alienados persisten largo tiempo en este estado, y, á no sobrevenir alguna enfermedad accidental, no mueren hasta que han pasado á la demencia.

Mania mixta, híbrida ó constitucional.—Así como en la manía simple, en medio del general desórden de las funciones cerebrales, hemos visto culminar sobradamente las alteraciones de la inteligencia que constituyen el delirio, en la especie que vamos á estudiar, los trastornos intelectuales, sin dejar de existir en absoluto, son poco pronunciados y aun á veces tan difíciles de descubrir, que algunos frenópatas, siguiendo el ejemplo de Pinel, la han designado con el nombre de *mania sin delirio*. Esta relativa aparente normalidad de la inteligencia, que da lugar á que el conjunto de la enfermedad ofrezca una sorprendente mezcolanza de locura y de razon, es el primero y el mas característico hecho sintomatológico que determina la especie frenopática de que tratamos. A esto hay que agregar una condicion no menos importante, y es que el trastorno frenopático no aparece como un hecho accidental en la vida del enfermo, sino que viene á ser el término natural de una evolucion dinámica, inherente á determinadas condiciones de organizacion, cuyos modos de ser funcional y anatómico se dibujaban desde los primeros tiempos de la existencia, en términos de poder predecir, con grande antelacion, la aparicion de la vesania. De ahí

que las locuras incluídas en este grupo, puedan también llamarse *constitucionales*, ó *diatésicas*.

Dos formas frenopáticas constituyen la especie que estudiamos, á saber: *la manía razonadora* y *la manía impulsiva*.

Manía razonadora.—Es la *manía sin delirio* de Pinel, así llamada porque, en medio de la perversion de las funciones afectivas y de las violentas impulsiones que llevan al enfermo hasta el furor sanguinario, las facultades intelectuales parece no sufrir alteracion sensible.—Prichart, considerando que no falta delirio en esta vesania, le dió el nombre de *locura moral*.—Esquirol la consideró como una variedad de la *monomania*, que se distingue por la perversion de los hábitos, del carácter moral y de las afecciones.—Marcé, que, como Esquirol, cree que esta afeccion es una monomanía, admite dos formas: una *instintiva*, en que los actos violentos dependen de un trastorno primitivo de la voluntad, y otra *razonadora*, en que los impulsos obedecen á un motivo intelectual ó de asociacion de ideas.—Falret y Hunkenegaron terminantemente la existencia de manías sin delirio.—Escipion Pinel, que atribuye esta locura á la perversion de los instintos y afecciones, la llamó *manía del carácter*.—Brierre de Boismont, creyendo que la lesion reside en las facultades determinativas de las acciones, la dió el nombre de *locura de accion*.—Para Trelat es una variedad de la *locura lúcida*.—Calmeil se esforzó en distinguir dos variedades en esta misma especie: una en que los actos del enfermo son dirigidos por alucinaciones ó perversiones de la afectividad y tienen su análogo en la *monomania*, y otra en que no aparece el menor trastorno ni en las facultades intelectuales ni en las afectivas, y esta se aproxima á la *manía razonadora*; para esta, puédesse, si se quiere, conservar el nombre de *manía sin delirio*, pero no olvidando que estos maníacos en nada se parecen á los maníacos comunes.—Guislain, que, como Pinel, admite la manía sin delirio, distingue la de la manía razonadora por el mayor grado de excitacion.—Para Dagonet, la manía razonadora se caracteriza por una tendencia irresistible á toda suerte de movimientos.—Marcé, á imitacion de Esquirol, admite una *monomanía razonadora* y una *manía razonadora*, que no es mas que la *exaltacion maniaca*.—Griesinger niega la manía sin delirio, pues no hay impulsion que no tenga su móvil en una idea; admite, no obstante, la *manía razonadora*, que es aquella en que hay menos desórden intelectual, subsistiendo, por consiguiente, la coherencia de las ideas.—Delaisauve llama *pseudo-monomanías* á todos los casos considera-

dos de manía sin delirio y de manía razonadora y añade que es un *delirio parcial difuso*: el delirio es *parcial*, porque quedan expeditas las operaciones intelectuales, cosa que no sucede en el delirio general; y es *difuso*, porque, al paso que en las monomanías las ideas son fijas y circunscritas, en el caso de que se trata son inestables, confusas, erráticas y raras veces aisladas y uniformes, aumentando, disminuyendo, desapareciendo y cambiando de forma, dejando la duda en el espíritu, que discierne y le aprecia el estado morboso—Morel llama *locura de los actos* á esta forma de la manía, declarando empero que no falta en ella delirio intelectual y que éste es la causa de la perversidad de las acciones: las acciones perversas ejecutadas sin impulso delirante, constituyen el crimen. El autor que acabamos de citar y Julio Falret consideran que la manía razonadora es casi siempre de origen hereditario, y que la aptitud para padecer esta afección, se manifiesta, desde la infancia, por ciertas anomalías y extravagancias del carácter, que distinguen á estos niños de todos los demás de la misma edad. Creen también los citados autores que la manía razonadora, no es una entidad frenopática especial, sino que el conjunto nosológico que la caracteriza, no es más que una reunión arbitraria de fenómenos correspondientes á diversos estados patológicos de la mente; fenómenos que constituyen la transición entre las anomalías del carácter todavía compatibles con el estado fisiológico, y las perturbaciones morbosas de la inteligencia. En tal concepto, establecen ocho variedades de la manía razonadora, que son: 1.º la *exaltación maníaca*; 2.º el *período de exaltación prodrómica de la parálisis general*; 3.º la *locura histérica*; 4.º la *hipocondría moral, con ó sin noción de su estado*; 5.º la *manía de la duda*; 6.º *algunos delirios de percepción mal sistematizados y en vía de evolución*; 7.º *los estados de perturbación mental más especialmente ligados al influjo hereditario* y 8.º *los actos muy fugaces de manía transitoria, de forma razonadora*.

En contraposición á las ideas de Falret, Compagne sostiene que la manía razonadora es una especie del género manía, simple, esencial, primitiva, idiopática, y por lo menos, tan definida como cualquiera otra afección mental. Añade que, en la manía razonadora, no hay jamás perversion de la sensibilidad moral, pues los trastornos de la afectividad son siempre consecutivos á una alteración de la inteligencia, que por cierto en estos sujetos tiene cortos alcances.

—Aun cuando hay delirio intelectual, éstos enfermos no sufren

alucinaciones; la afeccion es mas bien de defecto que de perversion de las disposiciones psíquicas. No solo reconoce una influencia hereditaria, sino que en la estructura craniana de estos enfermos, se nota deformidad, siendo su cabeza pequeña, como en los imbéciles, por lo que puede considerarse como una *imbecilidad parcial*. El Dr. Compagne describe tres tipos de manía razonadora: el *orgullosa*, el *egoista* y el *envidioso*. Los maniacos razonadores de *tipo orgullosa* son irritables, violentos, pendencieros, de amor propio muy vidrioso é indisciplinables y no acatan otra voluntad que la propia. Su mayor felicidad consiste en considerarse dechados de todas las perfecciones y virtudes; y sin embargo, atesoran los mas repugnantes defectos: son chismosos, embusteros, suspicaces, malévolos, perezosos, disipadores, impróvidos, desordenados, presuntuosos, zumbones, vanidosos, poltronos, malvados y supersticiosos. A los del *tipo egoista*, Compagne les asigna los siguientes atributos: son, dice, ásperos, ariscos, dificiles de tratar, exigentes, intolerantes, y de una susceptibilidad sin igual, por lo que no hay quien no los deteste. No encuentran bien hecho sino lo que de ellos procede; sus modales son bruscos é incultos; no toleran la menor oposicion, pues, por poco que se les contrarie, montan en cólera y disputan con todo el mundo. Su inteligencia, bastante limitada, no se ejercita sino dentro del área de sus mezquinas pasiones, lo cual, empero, no es obstáculo para que se crean aptos para todo. Frecuentemente tienen accesos hipocondriacos, pero estos son menos violentos que en los orgullosos. El *tipo envidioso*, mas comun en las mujeres que en el hombre, ha sido descrito por el Dr. Linas (1) en los siguientes términos: «Siempre ojo alerta, el maniaco envidioso y celoso no pierde palabra ni accion de las personas que le rodean, á fin de encontrar motivos de crítica, de queja ó de burla. Impulsado por su carácter quisquilloso, siente una necesidad incesante de contrariar ó atacar á alguien. La ruindad y el odio vienen á favorecer los efectos de la envidia, y hacen á los maniacos de esta categoría, si no temibles, á lo menos excesivamente desagradables. Pronunciar una palabra indirecta, humillante ó altamente ofensiva, constituye para ellos un placer irresistible, una dicha inefable.... El maniaco envidioso es expansivo, cuando le conviene reaccionarse; de lo contrario, permanece tranquilo en un rincon, para observar cuanto pasa en derredor.

(1) *Dictionnaire des sciences médicales, art. manie.*

Sus facultades intelectuales están armónicamente apropiadas á las necesidades de su carácter: muy notables cuando operan en sentido de los celos ó del egoismo, carecen de vigor y de firmeza en los demás casos. Los maniacos envidiosos son los representantes de la *especie ponzoñosa* de los alienados.

Manía impulsiva.—Así se llama á la manía en que predominan los desórdenes de la voluntad.—Señalada por Pinel, Esquirol la comprendió entre las *monomanías*, denominándola *monomanía instintiva*, opinion profesada por Marcé, Georget y Marcé, y combatida por los dos Falret y por Morel. En efecto, si bien es cierto que en algunos de estos enfermos su afeccion se caracteriza por una inclinacion en un sentido fijo é invariable, como un delirio parcial, en la mayoría de ellos la impulsión varía de objeto á medida de las ideas delirantes y de las impresiones que recibe el enfermo, así que las impulsiones pueden ser homicidas, incendiarias y suicidas en un mismo sugeto. Por otra parte, á pesar del gran predominio de la impulsión de la voluntad, no puede negarse que casi constantemente va acompañada de alteraciones de las facultades intelectuales y afectivas, y que cuando el alienado cede á sus impulsos, no solo queda vencida su voluntad, sino que las demás facultades sufren una grande obnubilacion, ó parálisis, lo cual prueba que el delirio no está circunscrito, sino que es general, como en la manía.

Como la manía razonadora, la manía impulsiva reconoce en su origen, no solo un influjo hereditario, si que tambien una constitucion neuropática y una organizacion cerebral defectuosa. Frecuentemente va asociada á alguna neurosis convulsiva.

Manifiéstase por accesos intermitentes irregulares, que unas veces aparecen sin provocacion conocida, mientras que en otros casos parecen determinados por impresiones subjetivas ú objetivas, como una contrariedad, una viva emocion, una ilusion ó alucinacion, la vista de determinadas personas, un exceso de alcoholismo, etc.

A consecuencia de ataques epilépticos, esta manía suele aparecer de un modo súbito: el enfermo se halla entonces dominado por un incontrastable impulso de inferir daño, incendiando, hiriendo ó matando. En otras ocasiones, el delirio instintivo va creciendo á proporcion que los conceptos delirantes se amparan del entendimiento, y por lo comun va precedido de manifestaciones evidentes de una lucha que el enfermo sostiene consigo mismo, para resistir á tales impulsos, cuyas consecuencias le aterrorizan. Véese inquieto, agitado, descompuesto el semblante,

sombrío y taciturno, huyendo del trato de los hombres, buscando la soledad y cobrando irresistible aversion al trabajo. Conociendo la impulsión morbosa que va á apoderarse de su voluntad, se esfuerza en resistirla y aun á veces logra la victoria, en cuyo caso el ataque se detiene en su período prodrómico. Por lo común, empero, el impulso morboso es mas potente que la resistencia que opone la razon, y entonces, vencida la voluntad, perdida la libertad moral, el enfermo consuma la accion que tanto reprobaba en el fondo de su conciencia. Es de notar que, que al paso que algunos maniacos, al ejecutar la accion impulsiva, aparecen en estado de furor maniaco, hay otros que dan cima al atentado con la mayor tranquilidad. Consumado el acto, cesa la impulsión morbosa y no es infrecuente que, en pos de esto, el enfermo recobre la razon y se entregue sin resistencia á los que quieran apoderarse de él. Todos tienen conciencia del acto, pero no en todos son iguales los sentimientos: así, al par que algunos quedan sumidos en una especial indiferencia, otros se sienten acometidos de pesares y remordimientos; todos, empero, declaran, que una fuerza superior á su voluntad les ha conducido á la accion criminal y hasta algunos confiesan que, si no se les vigila, no podrán en lo sucesivo dejar de obrar del propio modo. En otros maniacos la satisfaccion del impulso morboso no va seguida del restablecimiento de la razon, sino que, por un tiempo mas ó menos largo, queda un estado de estupor, en el que el enfermo no conserva sino un vago recuerdo del suceso, y de cuando en cuando aparecen síntomas de exaltacion frénica.

Cuanto el conocimiento de las locuras impulsivas interesa al médico forense, no hay siquiera necesidad de ponderarlo; basta decir, que los anales de la criminalidad están atestados de casos de esta índole, de los cuales, por no multiplicar ejemplos, bastara referirnos al que hemos expuesto en la página 179.

Pronóstico.—No repetimos aquí lo que hemos expuesto, en forma aforística, al tratar del pronóstico en general de las enfermedades mentales adonde remitimos al lector, página 246; pero, especializando algun tanto este punto, diremos:

1.º Que, considerado en general, el pronóstico de la manía es favorable; puesto que, segun Guislain, de cada 10 enfermos, resultan siete curaciones.

2.º Que la curacion de la manía puede tener lugar de tres maneras, á saber: de un modo súbito, como en la manía transitoria y en algunas manías impulsivas; por disminucion progresiva de los síntomas, que es el caso mas comun, y por la aparicion de un

período melancólico, semejante al estado prodrómico de esta misma enfermedad.

3.º Que la manía agudísima, ó delirio agudo vesánico, casi siempre termina por la muerte, entre el quinto y el décimo días.

4.º Que al final del primer trimestre, es cuando se observan mayor número de casos en que se inicia la declinacion de la manía; que esta terminacion es tambien muy frecuente al espirar el primer semestre y tercer trimestre; que tambien se ven algunas curaciones al cabo del año, de año y medio y de dos años, y que son muy raras las curaciones despues de un bienio.

5.º Que cuanto mas violentos y frecuentes son los accesos, menos duradera es la enfermedad.

6.º Que cuando el enfermo habla mucho y no ejecuta acciones violentas, debe pronosticarse una larga duracion de la enfermedad.

7.º Que cuando aparece una rápida mejoría, en que el enfermo se muestra muy alegre y satisfecho de su curacion, debe recelarse una próxima recaída.

8.º Que, al contrario, se podrá pronosticar favorablemente, cuando el enfermo vuelva á sus antiguas inclinaciones y afectos, reconozca su enfermedad y se dé cuenta de los errores de su juicio.

9.º Que habrá indicios de que la manía pasa al estado crónico, cuando el delirio pierde su intensidad, se regularizan las funciones tróficas y asoma la incoherencia de las ideas.

10. Que la manía, en el estado crónico, es difícilmente curable y, por lo comun, viene á parar á la demencia.

11. Que cuando decrece lentamente la excitacion y las ideas se circunscriben, pero persisten durante mucho tiempo una idea delirante ó ciertas alucinaciones, hay que temer que la enfermedad se encamina á la monomanía.

12. Que las recidivas son bastante frecuentes en la manía, reapareciendo la enfermedad al cabo de uno, dos ó mas años, ya de un modo espontáneo, ya por el influjo especial de ciertos agentes. La recidiva es muy de temer cuando hay propension hereditaria, vicios de conformacion craniana ó hábitos alcohólicos.

13. Que no es raro observar que en la declinacion de la enfermedad sobrevenga una suspension de la mejoría y aun una ligera recrudescencia, que suele disiparse al cabo de dos ó tres días.

14. Que, cuando, en el estado general del maniaco se marca una especie de caquexia, con enflaquecimiento y palidez del rostro, es señal de que la afeccion será larga.

15. Que es relativamente rara la terminacion de la manía sub-aguda por la muerte. Esquirol, entre 1,200 casos, solo observó 20 defunciones en el estado de manía simple.

16. Que algunos maniacos afectados de excesiva agitacion y de delirio furioso, mueren por agotamiento nervioso, estado que constituye lo que el Dr. Bukuill llama *sincope asténico*.

17. Que raras veces los maniacos mueren por hemorragia cerebral; pero que no dejan de ser frecuentes en ellos las congestiones y los reblandecimientos parciales del cerebro, que dan lugar á convulsiones epileptiformes, próximamente seguidas de muerte.

Anatomía patológica.—Nada tenemos que añadir á lo expuesto en la pág. 273 relativamente á las lesiones propias del *delirio agudo vesánico*, tan magistralmente estudiado por Calmeil. En la manía aguda, las alteraciones anatómicas son de carácter vascular y, aun cuando, en sentir de muchos manígrafos, las lesiones cadavéricas no expliquen los fenómenos propios de esta afeccion, todos convienen en que la fugacidad propia de las alteraciones hiperémicas, es la causa de que, despues de la muerte, los vestigios anatomo-patológicos no guarden proporcion con la intensidad de los síntomas. Lo que hemos dicho al tratar de la anatomía patológica general de las enfermedades mentales, pág. 120, y la interpretacion fisiopatológica que hemos dado á los síntomas de la manía aguda, pág. 361, nos dispensan de entrar en mas pormenores.

Respecto á la anatomía patológica de la manía crónica, sucede, por razones análogas á las antedichas, que frecuentemente no se ve ninguna lesion cerebral bastante á dar razon del estado morboso. En muchos casos, sin embargo, se presentan vestigios indudables de antiguos estados flegmáticos y congestivos, tales como: obliteraciones fibrinosas de los senos de la dura-madre; opacidad y engrosamiento de la aragnóides; derrames serosos, pseudo-membranas, depósitos fibro-plásticos y manchas de color lechoso en la hoja parietal de la serosa; aspecto varicoso ó aneurismático de los vasos de la pia-madre; disminucion del volumen de la masa cerebral, de modo que las circunvoluciones están como coarrugadas; anemia y reblandecimiento de la sustancia gris; esclerosis de la sustancia blanca, en particular de los centros de los hemisferios; atrofia del trigono cerebral y del tabique trasparente; aspecto granuloso de la superficie de los ventrículos y, en ciertos casos, focos apopléticos, enquistados ó difusos.—Como se ve, todas estas alteraciones son

consecuencias mas ó menos inmediatas de la congestion ó de la inflamacion, por lo cual creemos estar en lo verdadero al consignar entre los caractéres del órden de las locuras á que pertenece el género de la manía, la naturaleza vascular de las lesiones anatómicas (1).

Tratamiento.—En el capítulo XVIII, pág. 264, dedicado á la *Terapéutica general de las enfermedades mentales*, quedan expuestas las bases del tratamiento de la manía y emitido nuestro juicio sobre la eficacia de los diversos recursos, así físicos como morales, que se han empleado contra esta vesania. En este lugar, por consiguiente, podremos concretarnos á la exposicion de algunos pormenores que dejarán esclarecido el punto.

(1) Hasta el presente no se habian estudiado las cardiopatías desde el punto de vista de su influencia en los trastornos mentales; los autores se habian fijado en las alucinaciones y los conceptos delirantes que se observan en los sugetos afectados de estrecheces de los orificios, con palpitaciones del corazon. Sancerotte cita cinco observaciones de este género, y el mismo Morel declara que, con mucha frecuencia ha podido referir la causa primordial de la locura al trastorno cardiaco. Todo ésto es cierto; pero los trabajos del Dr. Voisin acaban de derramar abundante luz en este punto, estudiando y trazando la historia de la *locura por ateroma arterial*, esto es, las vesanias cuya causa esencial consista en una trasformacion ateromatosa de las arterias del cerebro, frecuentemente iniciada en el corazon. Las lesiones que se han encontrado en el encéfalo de los afectados de locura por ateroma arterial son: 1.º, en las arterias principales y medianas, numerosas placas de un blanco-amarillento, de materia ateromatosa; 2.º, en algunos puntos las tónicas habian sufrido una completa trasformacion calcárea. Al microscopio, se veian importantes lesiones de los vasos capilares, de las meninges y del cerebro; estas lesiones, que consistian principalmente en granulaciones grasientas, y en especial en el sitio de las bifurcaciones, ocupaban sobre todo la vaina linfática; notábanse pequeñas granulaciones diseminadas por la pared, cuya trasparencia no habia disminuido. De estas alteraciones resultaba una isquemia mas ó menos completa en las partes periféricas de estos mismos vasos, pues en estas regiones, á simple vista pálidas y descoloridas, apenas se veian corpúsculos hemáticos. Continuando estos trastornos de la circulacion, los elementos anatómicos de la sustancia nerviosa sufren las consiguientes lesiones de nutricion; las células grises se coarrugan, pierden su trasparencia y se llenan de granulaciones de grasa y quedan exhaustas de mielina, en cuyo caso los mas fuertes aumentos apenas permiten percibir los tubos de comunicacion; descúbrense al propio tiempo en la preparacion algunos exudados hemáticos, que parece deben atribuirse á una hiperemia pasiva, dependiente del obstáculo circulatorio.

Segun el Dr. Voisin, las alteraciones secundarias de la isquemia por ateroma son extraordinariamente análogas á las descritas por Luis y Marcé como propias de la demencia senil; hasta el punto, dice, que estos enfermos parecen afectos de sensilidad en la edad adulta.

Los síntomas que caracterizan la isquemia por ateroma, constituyen un proceso fisiopatológico, cuyos hechos se encadenan lógicamente. Habiendo células cerebrales que han experimentado la necrobiosis, aparece falta de unidad en la accion de aquellas; de donde la incoordinacion de sus diferentes actividades: cada una de ellas, por decirlo así, ejecuta su funcion de un modo individual é independiente. Faltando las comunicaciones, por hallarse destruidos los tubos que anastomosan las células entre sí, cada una de estas se hace asiento de una actividad autonomática y nacen ideas incoherentes que acrecientan los dominios de la imaginacion, y como el pensamiento estriba casi por completo en la reviviscencia de ideas é impresiones antiguas, el delirio de estos alienados revela los su-

Las *indicaciones* que pueden presentarse en la manía, son: 1.º, afianzar la seguridad del enfermo, para que no se pueda inferir daño ni causarlo á otros; 2.º, rodearle de condiciones de calma y tranquilidad, que moderen su exaltacion frénica; 3.º, reveler la estenia cerebral hácia el intestino ó el tegumento exterior, por los eméticos ó los purgantes y por los baños frios ó calientes; 4.º, calmar la sobrexcitacion de los centros nerviosos, por medio de los hipnóticos y de los neurosténicos; 5.º, prevenir ó combatir, por medio de moderadas emisiones sanguíneas locales—rara vez generales—la hiperemia cerebral; 6.º, cuando la enfermedad está adelantada, excitar la actividad funcional de la inteligencia, de

cesos de su vida anterior, y los sentimientos ó ideas que eran habituales en el individuo. No obstante, si las lesiones arriba expresadas, en vez de radicar en la capa cortical de los hemisferios, se efectúan en uno ó mas núcleos de los tálamos ópticos, aparecerá un delirio sensorial, con alucinaciones é ilusiones, que no podrá menos de retumbar sobre las regiones más elevadas de la sustancia cortical.

Cuando las lesiones del cerebro vienen á determinar la necrosis de las células y de los tubos, así como la obstruccion de los vasos, aparece la locura sistematizada ó la demencia.

Hay signos físicos que revelan palmariamente el ateroma de las arterias: la piel es de color pálido-amarillento, la temperatura baja, escasea el sudor, se observa el círculo senil en las córneas y, en general, el peso del cuerpo es mucho menor que de ordinario. Al lado de estos síntomas, hay los de la auscultacion del corazon, aorta y carótidas, consistentes en soplos especiales, los trazos sumamente bajos que marca la aguja esfigmográfica y las flexuosidades de la arteria central de la retina, que frecuentemente descubre el oftalmoscopio.

El Dr. Voisin describe dos formas de la locura por ateroma arterial: en la primera, llamada *sensorial*, las alucinaciones é ilusiones de la sensibilidad, así especial, como general, abren la escena morbosa y dominan todo el cuadro sintomatológico; al paso que en la segunda, que podría denominarse *intelectual*, la alienacion se caracteriza por el delirio de las ideas y por los errores de la imaginacion. Estos enfermos, á diferencia de los afectados de delirios parciales de cualquier otra clase, no tienen aficion al trabajo y si hacen algo, consiste en cosas fútiles y sin objeto. Se les ve ir y venir sin motivo, pasar horas enteras sentados en el suelo, en la inaccion mas absoluta y solo ocupados por sus ideas de persecucion ó por sus alucinaciones; sin tener delirio de grandezas, algunos se engalanan con los mas ridículos adornos; su moral está adormecida, nada les interesa ni les preocupa; solo atienden á sus alucinaciones, por lo cual es comun oírles hablar solos y en voz mas ó menos alta, segun la intensidad de las alucinaciones. La misma inercia se observa de parte de la sensibilidad moral: no les entristece la muerte de sus parientes mas cercanos, ni manifiestan deseos de verlos, y sin embargo, nada hay que reprochar en su memoria, durante mucho tiempo, esto es, mientras no llega la demencia, resultado necesario de la degeneracion grasienta de los elementos cerebrales, ó la locura sistematizada con los síntomas que expondremos mas adelante.

El pronóstico de la *locura por ateroma arterial* es muy grave, aun desde un principio, por la tendencia á la locura sistematizada y á la demencia, y porque no poseemos medio alguno para luchar contra el ateroma de las arterias, que tiene una marcha siempre creciente. Solo al principio de la enfermedad, es decir, cuando las lesiones son puramente de carácter vascular, pueden reportarse algunas ventajas de la medicacion tónica, consistente en el empleo de los ferruginosos, del alcohol, de la hidroterapia y de una alimentacion restauradora. Mas adelante nos hallamos ya en el mismo caso de la demencia senil, y todo es inútil.

la sensibilidad moral y del sistema muscular; 7.º, atender á los aparatos de la vida trófica; 8.º, no olvidar las causas de la enfermedad, y 9.º, no perder de vista que la naturaleza, por sí sola, frecuentemente basta para conducir á la curacion á la manía.

El *aislamiento* y la *secuestacion* son los primeros indicados en la terapéutica de la manía, y con ellos se cumplen los siguientes objetos: precaver al enfermo contra el daño que podría causarse en su exaltacion y agitacion; sustraerle al trato social, para que no pueda causar daño á los demás y para que, cesando de obrar en él las influencias morales en medio de las cuales se ha iniciado y desplegado la vesania, quede interrumpida la cadena etiológica, realizándose por esta via la indicacion causal, y por último, colocarle en condiciones abonadas para que en su espíritu renazcan la tranquilidad y la calma. Esta medida, para que sea eficaz, es preciso que sea adoptada tempranamente, pues la experiencia enseña que los maniacos que pasan lo mas agudo de su delirio sin el debido tratamiento manicómico, resisten mucho mas á la curacion que los que son conducidos al asilo desde las primeras manifestaciones.

La *habitacion* del maniaco debe ser regularmente espaciosa, sencillamente amueblada y privada de adornos ú objetos que puedan ser fácilmente destrozados ó con ellos herirse el alienado. A menos de un delirio de accion muy violento, no deben emplearse medios de sujecion, y hasta es conveniente que el enfermo pase largas horas al aire libre, en libertad de espaciar sus impulsiones hiperfrénicas. Cuando la agitacion es tan excesiva que constituye una amenaza para el enfermo ó para los que están próximos á él, es indispensable la sujecion por medio del cinturón con guanteletes, la camisa de fuerza ó las trabas y aun la reclusion celular en el cuarto acolchado.

Los *baños tibios*, mas ó menos prolongados, cubierta la cabeza con paños mojados en agua fria ó con irrigacion continua, como propone Briere de Boismont, figuran en primera línea entre los medios sedantes de la agitacion y delirio maniaco.

De los *baños tibios prolongados*, de cuya administracion y efectos nos hemos ocupado extensamente en la página 283, ha dicho Marcé que no carecen de peligro, pues, además de que la sedacion que no se obtiene por un baño de tres ó cuatro horas de duracion, no resulta de otro de diez ó quince horas, una estancia tan prolongada, abate extraordinariamente las fuerzas del alienado. Respecto al *baño frio general*, véase lo dicho en la página 286.