

## CAPÍTULO XIV.

### DIAGNÓSTICO GENERAL DE LAS ENFERMEDADES MENTALES (1).

La primera cuestion que naturalmente se presenta en Semiótica frenopática, consiste en la determinacion en absoluto de la existencia de la enajenacion.

Este punto, que algunos han creido tan fácil de resolver, considerando que para ello eran suficientes las luces del sentido comun, pudiendo, por lo tanto, prescindir del elevado criterio de la ciencia, es, al contrario, segun nuestro entender, en muchísimas ocasiones, mucho mas difícil que la determinacion de la especie nosológica de la dolencia, una vez que se ha llegado á resolver que esta pertenece á la extensa clase de las vesanias.

Para que no pueda haber vacilacion acerca de la insuficiencia del sentido comun para afirmar ó negar la existencia de la alienacion mental, bastará que recordemos lo que todos los dias pasa á nuestra vista en los manicomios; allí acuden á visitar nuestros establecimientos personas provistas de excelentes luces, versadas en el conocimiento del mundo y dotadas de recto criterio, que, al ponerse en relacion é intimando algun tanto el trato, precisamente con los reclusos de quienes tenemos menos esperanzas de éxito, es tanto lo que quedan convencidas de la integridad mental de esos sugetos, que, aun á trueque de faltar á ciertas conveniencias que la educacion mas trivial impone, se presentan á la Direccion solicitando empeñadamente dispongamos cese la interdiccion de tales personas, pues su reclusion constituye una grave injusticia, contra la que se rebelan los sentimientos hu-

---

(1) Este capítulo forma la mayor parte de un trabajo que publicamos en la *Independencia médica*, núms. 4.º y 5.º, correspondientes al año 1869.



manitarios. Para estas personas, cuyas intenciones respetamos siempre, reservamos la prueba de tocar á su presencia la *cuerda sensible* del loco, y entonces es de ver cómo el sentido vulgar no halla bastantes excusas para deshacer el agravio que, sin propósito dañado, habia inferido al sentido clínico.

Y es tanto lo que no puede servir el criterio comun para establecer el diagnóstico, siquiera sea absoluto, de la enajenacion mental, que á nosotros mismos, los que consagramos nuestras tareas al estudio de las enfermedades mentales, con todo, y poseer un caudal mas ó menos cuantioso de principios técnicos fundados en una observacion cuotidiana, nos perjudicaria, como una luz desvirtúa otra luz mas intensa, si, por medio del estudio, no nos hubiésemos adiestrado á ponernos al abrigo de esas falaces apariencias.

Resulta, pues, de lo dicho, que el *sentido comun* debe ceder su puesto al *criterio científico* en el diagnóstico general de las afeciones frenopáticas, cuyas bases ó fundamentos se pueden reducir á los que siguen:

PRIMERA BASE.— *Nocion del estado psicológico anterior del individuo, y comparacion del estado actual con el normal que le precedió.*

Siempre, en Nosología, el estado normal es adoptado como punto de mira para hacer evidente el patológico; siendo la salud y la enfermedad dos condiciones antitéticas en el organismo, no sabríamos siquiera concebir la última, si no tuviésemos nocion de la primera. Un individuo está sano ó enfermo, segun los actos de su organismo conserven el funcionalismo normal ó hayan sido modificados de un modo mas ó menos aparente. De ahí que los datos sintomatológicos no tengan una significacion semeiótica determinada, sino en cuanto se refieren al estado habitual ó de salud del individuo.

Todos los patólogos han reconocido que, ni la frecuencia del pulso, ni su intermitencia, ni la aceleracion de los movimientos de la respiracion, ni la irregularidad rítmica del centro circulatorio, ni otros mil fenómenos que constituyen el lenguaje de la patología, deben reputarse síntomas, sino á condicion de que no sean modos de ser habituales en el sugeto, compatibles con la salud del mismo. Pero estas, que son aparentes anomalías fisiológicas en las manifestaciones puramente somáticas del organismo, son relativamente raras, si se comparan con las variantes de que son susceptibles los actos frénicos, ó del orden psicológico, dentro de los limites del estado hígido. Valiéndonos de una fór-



mula de valor positivo, podríamos decir: que la variabilidad funcional y fisiológica de las partes del organismo, es tanto mas restringida, cuanto menos, en su modo de obrar, intervienen los centros de la innervacion y sus emanaciones; lo cual dice naturalmente, que la variabilidad funcional y normal en ningun órgano puede recorrer escala tan dilatada como en el cerebro.

Despréndese de esto que, si para diagnosticar una enfermedad es necesario tener una idea precisa del estado habitual del individuo, en ningun caso, como al tratar de establecer en absoluto el diagnóstico de la enajenacion mental, es tan indispensable tener á la vista este interesante dato.

Dejando á un lado la mayor ó menor propiedad de la palabra *enajenacion mental*, como término genérico expresivo de alteracion patológica de las facultades psíquicas, resulta siempre, que el que *enajena* una cosa, debe previamente poseer la cosa que *enajena*, y que, despues de haber *enajenado* lo que era de su pertenencia, ha quedado desprovisto de ella. No puede, pues, sufrir *enajenacion mental* quien no haya gozado de inteligencia: *estar loco, enajenado ó haber perdido la razon*, son términos sinónimos en el lenguaje vulgar. De ahí se deduce, que el estado congénito de *idiotismo*, en que hay obtusion ó casi negacion originaria de facultades intelectuales y los de detencion de desarrollo de estas, que constituyen la *imbecilidad*, no pueden entrar en la clase de las enajenaciones. Un imbécil puede presentar tanto vigor intelectual como un demente, y, sin embargo de que este será un enajenado,—pues *perdió la razon* de que antes gozaba,—de ninguna manera podrá aplicarse este último calificativo al primero, ya que este no *perdió* grados de inteligencia, sino que *nunca alcanzó* en él esta facultad el nivel que tiene en el comun de los hombres de su raza.

Digamos, pues, que la primera y la indispensable condicion de existencia de la enajenacion mental, consiste en el prévio goce completo de la razon.

Lo primero que se observa en las enfermedades mentales, es un cambio, brusco ó gradual, en las disposiciones del espíritu, que trasciende á las inclinaciones, á los sentimientos, á las costumbres, á las voliciones y á los juicios. Cuando esta mutacion es repentina y no queda suficientemente explicada por las condiciones especiales de que se halla rodeado el paciente, la enajenacion mental no se puede desconocer. No acontece lo mismo cuando las modificaciones de que hemos hablado se van presentando de un modo lento y sucesivo: entonces puede pasar por



mucho tiempo desapercibida la enfermedad mental, hasta para las personas mas allegadas al orate. Solo el práctico versado en estas apreciaciones semiológicas, entregándose á un exámen comparativo del estado actual del sugeto con su estado anterior, podrá ver en esas aparentes extravagancias el primer síntoma de la locura.

Importa sobremanera no confundir el error del juicio con la enajenacion mental: abundan desgraciadamente en la sociedad las personas fanáticas que se dejan conducir por sortilegios y por toda clase de supercherías á actos que las leyes deben castigar, que nadie podria confundir con los locos, y hay, por otra parte, locos poseidos de fanatismo místico que, en el desarrollo de su concepcion delirante, vienen á parar á actos del todo análogos á los que verifica el fanático. ¿Cómo, siendo unos mismos los juicios y siendo idénticos los actos de estos distintos individuos, llamamos fanáticos á los primeros y calificamos de locos á los segundos? ¿Por dónde se llega á diagnosticar en los últimos la alienacion mental? Solo por la comparacion del estado presente con el estado habitual.

Si un hombre naturalmente pacífico, se vuelve revoltoso; si el de carácter impetuoso se torna impasible; si el despreocupado se trasforma inopinadamente en místico, y si el devoto se hace blasfemo é irreligioso, sospéchese la obra de un trastorno patológico del cerebro, que no tardará en presentarse con caracteres mas ostensibles.

Véase, pues, de cuánta importancia es, al proceder al diagnóstico general de las enfermedades mentales, proveerse de un cuadro completo del estado anamnético del paciente y si frecuentemente es difícil acopiar todos los datos referentes á este punto,—pues no siempre los que rodean al enfermo saben ni quieren informarnos,—preciso es redoblar nuestros esfuerzos para obtenerlos, ya que sobre ellos hemos de dar el primer paso que ha de conducirnos á descubrir la enfermedad.

SEGUNDA BASE.—*Apreciacion de las influencias etiológicas predisponentes y ocasionales.*—Son de gran recurso para el diagnóstico general de las enfermedades mentales los datos etiológicos. La herencia, los traumatismos de la cabeza, la borrachez, el histerismo, la epilepsia y otras condiciones análogas, deben considerarse como causas predisponentes de la locura, y siempre y cuando los fenómenos sintomatológicos que nos ofrece el enfermo puedan hacer sospechar la enajenacion mental, aumentará el valor diagnóstico de estos síntomas, cuando á ellos se



agreguen las condiciones etiológicas predisponentes que acabamos de mentar.

Más atención merecen aun las causas ocasionales que han actuado sobre el sugeto, tales como el miedo, el terror, ciertas enfermedades agudas, el puerperio, etc.; pero aquí, tratándose de las causas determinantes de orden moral, es preciso no olvidar la siguiente regla de conducta: el miedo, las privaciones, los reveses de fortuna, las pasiones exaltantes y otras causas por el estilo, obran en la psicológica del individuo, deprimiendo ó exaltando los movimientos pasionales; mas, á poco de haber actuado estas influencias, las cosas vuelven al ser y estado de antes, mayormente si las causas dejaron ya de obrar. De esta manera, consuélase el que se desesperaba, se calma y renace la alegría en el que se habia entristecido por la pérdida de sus bienes ó de sus parientes y se tranquiliza el encolerizado. Mientras esto suceda, no hay enajenacion mental: trátase de las manifestaciones mas ó menos pronunciadas de una pasión. Mas, si las cosas no siguen por esta via fisiológica, que es consecuente á la reaccion de los sentimientos; si, habiendo cesado de obrar las causas determinadas de la tristeza, sigue la melancolía; si, desvanecidos los motivos de irritacion moral, persiste el enfurecimiento, entonces entran gravísimas sospechas de que el caso es ya patológico y de que se trata, por lo tanto, de una enajenacion mental.

TERCERA BASE.—*Valor de los síntomas somáticos.*—Siempre y cuando los trastornos psicológicos coincidan con otras alteraciones patológicas de una importancia primaria, de modo que aquellos se presenten solo como complemento del síndrome que acompaña á una enfermedad, apirética ó febril, bien definida, debemos apartar la idea de la existencia de la enajenacion mental. Por esto no cabe en esta clase el delirio sintomático de los estados febriles, ni el que es propio de algunos estados histéricos transitorios, ni el de la meningitis, ni el de los embriagados. Mas, si el trastorno frenopático se acompaña de desórdenes cerebrales mas ó menos graves, tales como alucinaciones, vértigos, cefalalgias tenaces, convulsiones, parálisis musculares ó anestias, la presencia de estos síntomas debe considerarse como dato confirmativo de la enajenacion mental, pues ellos revelan la lesion material del cerebro que produce la enfermedad mental. Inútil es añadir que la ausencia de esos fenómenos patológicos no dice que no haya enajenacion; es decir, que esta puede existir sin los referidos síntomas.



CUARTA BASE.—*Reconocimiento personal del enajenado.*—Pronto expondremos los detalles precisos á que conviene atenerse para proceder con provecho al reconocimiento personal de los alienados; aquí bastará decir, que serán signos afirmativos de la afeccion mental cuantos datos puedan recogerse de este exámen que prueben irregularidad ó estado anormal en las funciones de la vida de relacion. El desórden ó la extravagancia en los muebles de que usa el enfermo; el desaliño ó el capricho en el vestir; la irregularidad y la exageracion en la expresion fisionomónica; ciertas parálisis de los músculos de la cara ó de los miembros; la inusitada apatía ó la excesiva vehemencia en la conversacion y, sobre todo, la *expresion de una desconfianza inmotivada* por cuantas personas le rodean, hé ahí otros tantos caractéres con que se suele manifestar la alienacion mental, que deben ser minuciosamente observados por el médico práctico, para agruparlos á las consideraciones semeiológicas que preceden.

Con esto consideramos que quedan apuntados los principios fundamentales del diagnóstico frenopático, por los cuales se puede llegar á contestar á la pregunta de si hay ó no enajenacion mental. Y, como miramos la cuestion desde un punto de vista esencialmente clínico, evitamos consignar aquí los datos que deben servir en los casos médico-legales para desenmascarar la simulacion de la locura.

#### DIAGNÓSTICO ESPECIAL DE LA ENAJENACION MENTAL.

Ya que hemos hecho ver los principios en que descansa el diagnóstico general de las enfermedades mentales, ofrezcamos á los ojos del práctico un espécimen concreto de las reglas que han de tenerse presentes para determinar el género y la especie de la enajenacion mental.

La tarea que vamos á emprender no es tan difícil como la que hasta aquí llevamos realizada; pues los escritos de los alienistas modernos han derramado tanta luz en esta parte del diagnóstico, que lo que á primera vista se presenta espinoso y por demás árduo, resulta, en general, llano y trillado. Esto, sin embargo, no es decir que no se ofrezcan casos en que la determinacion de la especie nosológica no sea un problema punto menos que insoluble; pero estos casos forman afortunadamente la excepcion y estas excepciones son tanto mas contadas, cuanto mas el clínico se halla adiestrado en el exámen de los enaje-



nados y cuanto mas se ha afianzado en ese criterio particular que la práctica engendra.

Conviene, pues, que, en primer término, nos ocupemos del reconocimiento clínico de los enajenados.

*Reconocimiento clínico de los enajenados.* — El método que debe seguirse para examinar con provecho á los enfermos afectados de enajenacion mental, difiere mucho del que se aconseja adoptar para el reconocimiento de los enfermos de enfermedades comunes. Por de pronto, el *ubi dolet, quid dolet*, frases que pronuncia el médico desde el momento en que se arrima á la cabeza del enfermo, no tienen absolutamente razon de ser en muchos casos, y en todos solo ocupan un lugar muy secundario. La mayor parte de los enajenados aseguran que nada les incomoda y que gozan de perfecta salud, ó bien dejan de responder cuando se les interroga sobre este particular.

Tampoco tienen mas que una importancia secundaria los síntomas del pulso, los de las secreciones, los de la lengua, etc., etc.; que tanto interesan y que tan expresivos son en las enfermedades comunes.

Recordemos que, en el punto en que estamos, sabemos ya que la afeccion es mental; sabemos, por lo mismo, que hay trastorno patológico de la inteligencia, y por lo tanto, lo que interesa es proceder desde luego á estudiar las manifestaciones de las facultades psicológicas. El órgano enfermo es, pues, el cerebro; las funciones alteradas son: la inteligencia, la voluntad, ó la sensibilidad, aisladamente ó de un modo simultáneo.

El exámen clínico del enajenado debe, pues, comprender, para ser completo, cinco partes principales, á saber: 1.º, la *fisonomía*; 2.º, *los gestos*; 3.º, *la palabra*; 4.º, *las facultades psicológicas*, y 5.º, *los estados viscerales*.

Ahorremos tiempo y espacio: el siguiente *Cuadro sinóptico*, inspirado, en una obra clásica, de un mérito superior, las *Lecciones orales sobre las frenopatias*, de J. Guislain, servirá para abarcar de un solo golpe de vista los puntos que comprende esta interesante investigacion clínica.

Tomados en consideracion los fenómenos morbosos, psicológicos y somáticos, que presenta el enajenado, segun el orden que expresa el *Cuadro sinóptico*, es preciso agruparlos de un modo sistemático, para llegar, por ellos, á establecer el género y la especie de la afeccion. Mas, al llegar á este punto, topa la semeiótica frenopática con una dificultad insuperable, hija del atraso relativo en que nos hallamos con respecto á la nocion del



# CUADRO SINÓPTICO para el exámen clínico de los enajenados.

1.º FISONOMÍA.

Por su <i>expresion sintética</i> , ó de conjunto, puede ser:	{ tranquila. agitada. indiferente. estúpida. furiosa.
En el exámen analítico, ó de detalles, se aprecia:	1.º— <i>el color</i> del rostro en . . . { las conjuntivas, mucosa labial, mejillas, barba; } puede ser: } pálido. blanco. moreno. livido. encarnado. marmóreo.
	2.º— <i>cabello</i> . . . . . { su direccion. su aliño. su brillo.
	3.º— <i>los surcos</i> de las regiones { frontal, naso-labial, naso-yugal, barbal,   genianas, } pueden ser: } horizontales. verticales. oblicuos. cruzados. paralelos.
	4.º— <i>los ojos</i> . . . . . La mirada. . . { puede ser: } agitada. vaga. fija. estúpida. desconfiada.
	5.º— <i>los globos oculares</i> . . . . . { pueden es- } secos. tar: } húmedos. brillantes. velados.

2.º PALABRA, COMPRENDE:

la <i>locucion</i> . . . . .	{ puede ser: } clara. lenta. vacilante. ininteligible. mucitante.
la <i>conversacion</i> , con la que se aprecia el estado de las facultades intelectuales, sirviéndose de las siguientes, ó parecidas preguntas:	{ ¿Estará V. mucho tiempo en esta casa?—¿Sabe V. por qué se halla aquí? ¿Sabe V. que se trata de curarle?—¿No piensa V. en su familia? ¿Está V. triste?—¿Está V. contento? ¿De qué se queja V.? ¿Cuánto tiempo hace que está V. aquí?—¿Cuántos años tiene V.? ¿Cuántos años le faltan á V. para llegar á 100?—¿A quién quiere V. mas de su familia?—¿Comprende V. que sufre una enfermedad mental? A un suicida. . . ¿Por qué atentó V. contra su vida? A un demente. . . { ¿Qué es esto? (enseñándole la mano.)—¿Cuántos dedos hay?—Tóquese V. la cabeza.— Deme V. la mano derecha.—Levántese V.—Traiga V. aquella silla.—¿Cuánto vale esta moneda?—¿Cuál tiene mas valor?—¿Es buena esta moneda?

3.º GESTOS, MOVIMIENTOS Y ACTITUDES

del <i>tronco</i> . . . . .	{ inclinado. erecto. torcido á un lado.
de la <i>cabeza</i> . . . . .	{ caída. erecta. inclinada. inmóvil.
de los <i>brazos</i> . . . . .	{ grado de energia de los flexores. rigidez de las carnes. parálisis. . . { completa. . . { de la sensibilidad. incompleta. . { de la motilidad. convulsion. . . { tónica. clónica.
<i>Progresion</i> . . . . .	{ libre. torpe. claudicante. vacilante. temblorosa. fatigosa.
<i>Gestos de la cara</i> . . . . .	{ contraccion permanente de al- } espasmo cínico. gun músculo. } risa sardónica. risa estúpida. contraccion permanente de los } convergente. ojos : <i>strabismo</i> . } divergente. convulsiones clónicas de los músculos de la cara.

4.º FACULTADES PSICOLÓGICAS: EXPLORACION

del <i>cálculo</i> . . . . .	{ Ejercicios de contar. . . . . { sumando. restando. multiplicando. dividiendo.
de la <i>memoria</i> . . . . .	{ de cosas <i>remotas</i> . } (de nombres. de cosas <i>próximas</i> . } de números. de lugares. de personas. de fechas.
de los <i>instintos</i> . . . . .	{ ideas eróticas. id. religiosas. adquisividad. ambicion.
de las <i>facultades intelectuales</i> .	{ de la percepcion externa. . . . . { preguntando: } ¿que es esto? de la comparacion. . . . . } ¿cuál de estas cosas es la mayor? del racionio. . . . . } ¿qué debe V. hacer para estar bueno?
de los <i>grados de las facultades intelectuales</i> .	{ de la inteligencia. . . . . } ¿por qué? (está V. en casa.) del juicio. . . . . } ¿cómo? (se lava V. la cara.) de la memoria. . . . . } ¿de dónde? ¿cuándo? (vino V.) del cálculo. . . . . } ¿cuánto? (dinero tiene V.)
de la <i>voluntad</i> . . . . .	{ diciendo, por ejemplo. . . } levántese V.—Ande V.—Míreme V.—Cierre V. la puerta.
de las <i>facultades afectivas</i> . . . . .	{ preguntando, por ejemplo. . } ¿quiere V. á su padre? ¿á su hijo? ¿á su esposa?

5.º—*Estados viscerales*.—Exploracion del pecho, del tubo digestivo, del hígado, de los riñonés, etc., como en las otras enfermedades.



CUADRO SINÓPTICO del diagnóstico anatómico de las alteraciones de los centros nerviosos.

Perturbaciones funcionales.

Sitio de las lesiones.

ALTERACIONES DE LA SENSIBILIDAD.

- |   |   |
|---|---|
| 1. <sup>a</sup> Anestesia persistente, sin desorganizacion de los nervios periféricos.  | Interrupcion de la continuidad de las fibras espinales postero-laterales, de las fibras blancas del cerebro ó de la sustancia gris cortical del mismo.                                  |
| 2. <sup>a</sup> Anestesia completa, limitada á una mitad del cuerpo, incluso la cara.   | Lesion en núcleo del tálamo óptico destinado á la sensibilidad general.   |
| 3. <sup>a</sup> Anestesia incompleta, manifestada por la lentitud con que son percibidas las impresiones táctiles.  | Desorganizacion parcial del tálamo óptico.  |
| 4. <sup>a</sup> Abolicion del sentido muscular, que dá lugar á que el enfermo se mantenga indefinidamente en la actitud que se le comunica—catalepsia—ó que continúe ejecutando un movimiento dado, á pesar de haber terminado el objeto de este. | Lesion en la parte del tálamo óptico destinada al sentido muscular.   |
| 5. <sup>a</sup> Anestesia incompleta de una mitad del cuerpo. El enfermo, cerrados los ojos, equivoca el sitio en donde se verifican los contactos.   | Desorganizacion de las regiones de la sustancia cortical en donde las sensaciones se conservan en estado de recuerdo,—anestesia sensorial.—   |
| 6. <sup>a</sup> Anestesia bilateral; las impresiones sensitivas se perciben con vacilacion y lentitud.  | Lesion de las fibras comunicantes que se extienden de una á otra de las células de la capa cortical, en ambos hemisferios.  |
| 7. <sup>a</sup> Anestesia de la sensibilidad general, acompañada de anestesia de la vision y de la audicion del mismo lado.   | Lesion de varios núcleos del tálamo óptico del lado opuesto.  |
| 8. <sup>a</sup> Anestesia persistente, con parálisis del movimiento, también persistente, de un mismo lado.   | Lesion del cuerpo estriado y de un punto aislado del tálamo óptico.   |
| 9. <sup>a</sup> Hiperestesia persistente de la sensibilidad, en una mitad del cuerpo.   | Irritacion permanente en la continuidad de las fibras doloríferas, en su trayecto raquídeo ó intra-craniano.  |
| 10. Perturbaciones de la vision, independientes de la ataxia locomotriz, en un solo lado.   | Lesion de las fibras convergentes ópticas, ó del tálamo óptico del lado opuesto.  |
| 11. Anestesia visual, con persistencia de los movimientos del iris.   | Integridad del arco diastáltico motor de la pupila, ó sea de las fibras convergentes ópticas, de la sustancia gris de los tubérculos cuadrigéminos y de las fibras del tercer par.      |
| 12. Anestesia de un ojo—si no hay ataxia locomotriz.  | Lesion limitada al núcleo visual del tálamo óptico del lado opuesto.  |
| 13. Perturbaciones visuales en ambos ojos, acompañadas de alteraciones en otras funciones sensoriales.  | Lesion bilateral, que desorganiza simultáneamente las regiones homólogas de ambos tálamos ópticos, de la sustancia gris de los tubérculos cuadrigéminos y de las fibras del tercer par. |
| 14. Hemiplegia, con ilusiones en uno de los ojos, de modo que, cerrado el sano, el enfermo equivoca los objetos que se le presentan.  | Lesion en las regiones cerebrales corticales, que conservan las sensaciones en estado de recuerdo, correspondientes al lado opuesto al de la parálisis.                                 |
| 15. Amaurosis, uni ó bilateral, con excavaciones, hiperemia ó edema de la retina.   | Tumor intra-cerebral que comprime las fibras ópticas.   |
| 16. Hemiópias de las dos mitades internas ó externas de ambos ojos.   | Lesion intra-cerebral de los dos nervios ópticos.   |
| 17. Hemiópias de la mitad interna de un ojo y de la externa del otro.   | Lesion de un solo nervio óptico, en su trayecto intra-cranial.  |
| 18. Alucinaciones, fenómenos catalépticos y algunos síntomas histeriformes.   | Perturbacion fugaz de los tálamos ópticos, ó de alguno de sus núcleos.  |
| 19. Diabetes sacarina permanente.   | Casi siempre sostenida por irritacion crónica de ciertas regiones del cuarto ventrículo.  |

ALTERACIONES DE LAS FUNCIONES PSICOLÓGICAS.

- |  |  |
|--|--|
| 1. <sup>a</sup> Imposibilidad de expresarse, ya de palabra, ya por escrito, con manifestaciones mimicas de integridad intelectual— <i>afasia</i> — | Lesion probable del lóbulo anterior del hemisferio izquierdo.  |
| 2. <sup>a</sup> Hemiplegia antigua, ó vejez, con pérdida gradual de la percepcion y de la memoria de las impresiones recientes.                    | Degeneracion gradual de los elementos de la sustancia cortical.  |
| 3. <sup>a</sup> Delirio circunscrito.  | Sobreexcitacion funcional, espontánea ó secundaria, de los elementos de la sustancia cortical.                                       |
| 4. <sup>a</sup> Generalizacion del delirio.  | Sobreexcitacion de todos los elementos cerebrales, ó excitacion de algunas regiones de la sustancia cortical.                        |
| 5. <sup>a</sup> Delirio tumultuoso y expansivo.  | Sobreexcitacion funcional primitiva de los elementos del cuerpo estriado, ó propagacion excesiva del estímulo cerebeloso al cerebro. |
| 6. <sup>a</sup> Delirio melancólico, ó con depresion.  | Defecto de innervacion cerebelosa en el cerebro, ó agotamiento de la incitacion neurosténica.  |
| 7. <sup>a</sup> Cambios de carácter en el enfermo y visiones terroríficas, con perturbaciones del movimiento.                                      | Alteraciones del influjo innervador que el cerebelo ejerce sobre el cerebro.   |

ALTERACIONES DEL MOVIMIENTO.

- |   |   |
|---|---|
| 1. <sup>a</sup> Parálisis del movimiento en toda una mitad del cuerpo, con integridad de la sensibilidad.   | En el cuerpo estriado del lado opuesto al de la parálisis.  |
| 2. <sup>a</sup> Pérdida de la sensibilidad y del movimiento en una misma region.  | En varias regiones encefálicas afectas á la sensibilidad unas y al movimiento otras, ó una sola lesion que comprende á la vez un centro de sensibilidad y otro de movimiento.                         |
| 3. <sup>a</sup> Parálisis de los movimientos, circunscrita á un solo miembro, coincidiendo con perturbacion de las impresiones ópticas ó de la sensibilidad general.  | En la capa cortical del hemisferio del lado opuesto.  |
| 4. <sup>a</sup> Hemiplegia de un lado, con parálisis cruzada del opuesto.   | En las partes del eje espinal que están por encima del entrecruzamiento de las pirámides.   |
| 5. <sup>a</sup> Parálisis de los miembros inferiores, y principalmente si hay contractura permanente y retraccion de estos.   | En los cuernos anteriores de la médula.   |
| 6. <sup>a</sup> Paraplegia con parálisis de los reservorios pelvianos—intestino, vejiga y útero.—   | En todo el grosor de la médula, en su region lumbar.  |
| 7. <sup>a</sup> Falta de fuerza para estar de pié, pues tiemblan las piernas; las manos oprimen con escasa fuerza; movimientos voluntarios débiles; temblor de la lengua, con amaurosis, ambliópias, estrabismo ó desigual dilatacion de las pupilas. | En el cerebelo.   |
| 8. <sup>a</sup> A los síntomas dichos de anestesia cerebelosa, se agregan perturbaciones psíquicas de exaltacion ó de depresion— <i>mania paralytica</i> —  | En el cerebelo principalmente, y luego invade la totalidad del cerebro, especialmente la capa cortical, causando la <i>perimeningo-encefalitis difusa</i> .   |
| 9. <sup>a</sup> Falta de coordinacion—no de fuerza—en los movimientos de los miembros pelvianos; carencia del sentido muscular en los actos de la progresion, la cual se efectúa por sacudidas, golpeando á cada paso el suelo con los talones.       | En las raices posteriores y en las fibras que forman los arcos diastálticos que unen entre sí las células correspondientes á los cuernos posteriores— <i>cordones posteriores</i> —                   |
| 10. Ataxia locomotriz, con imposibilidad de efectuar la progresion desde el momento en que faltan impresiones ópticas.  | Las impresiones ópticas excito-motrices reemplazan á las sensitivas excito-motrices, por estar dañados los aparatos conductores de estas.   |
| 11. Ataxia locomotriz, con dolores fulgurantes en los miembros afectados de incoordinacion.   | Lesion medular propagada á las fibras reflejas y á las doloríferas que les están adjuntas.  |
| 12. Ataxia locomotriz, con alteraciones en las funciones de la vida orgánica, tales como incontinencia de la orina, de las heces, sudores profusos, etc.  | La lesion medular se ha propagado á la comisura gris.   |
| 13. Atrofia total del sistema muscular ó de algun grupo de músculos.  | Seguida de atrofia de la parte correspondiente de los cuernos anteriores.   |
| 14. Atrofia total ó parcial de los cuernos anteriores de la médula.   | Seguida de atrofia de los músculos correspondientes.  |
| 15. Convulsiones clónicas de los movimientos voluntarios.   | Base del encéfalo, pudiendo ser sintomáticas de una irritacion local, simpáticas de una excitacion periférica ó dependientes de la accion mecánica de un cuerpo extraño—como un tumor—en el encéfalo. |
| 16. Convulsiones por ataques, invadiendo sucesivamente los músculos de los ojos, cara, lengua y miembros, con pérdida del conocimiento, espuma en la boca y turgescencia lívida del tegumento— <i>epilepsia</i> —                                     | En el bulbo, extendiéndose sucesivamente á los núcleos de origen del motor ocular comun, facial, hipogloso, pneumo-gástrico y raices anteriores de los nervios raquídeos.                             |
| 17. Pérdida del movimiento en las convulsiones epilépticas.   | Espasmo de los vasos del cerebro, propagado por los nervios vaso-motores.   |
| 18. Epilepsia, con movimientos de propulsion.   | Desequilibrio del influjo cerebeloso, que se propaga en exceso por los pedúnculos superiores.   |
| 19. Epilepsia, con sensacion de vértigo.  | Desequilibrio del influjo cerebeloso, que, por el pedúnculo cerebeloso, se propaga en exceso hácia uno de los cuerpos estriados y, en defecto al otro.  |
| 20. Diferentes modalidades tetaniformes, histeriformes ó eclámpticas de las convulsiones.   | Dependen de la diferente proporcion del influjo convulsivo medular y cerebeloso.  |
| 21. Movimientos coreiformes, temblor de la lengua de los afectados de parálisis general, temblor general, tartamudez, etc.  | Perturbaciones en la distribucion del influjo cerebeloso por las redes de la protuberancia y bulbo en donde se originan los nervios correspondientes.   |
| 22. Contracturas musculares pasajeras.  | Irritacion, directa ó por causa refleja, en las regiones superiores del eje medular.  |
| 23. Contracturas musculares permanentes.  | Lesion en algun punto de los cuernos anteriores de la médula ó exceso de la innervacion tónica del cerebelo.  |



grado y sitio de los trastornos anatómo-patológicos y de su correspondencia con determinados síntomas. Esto hace casi de todo punto imposible, á lo menos por ahora, el diagnóstico anatómico, por el que tanto se afana la Patología moderna, y el que tan provechoso va siendo á la Terapéutica. Lícito es, sin embargo, confiar en que no está lejano de nosotros el día en que, conociendo detalladamente el funcionalismo específico de cada una de las partes que constituyen este órgano múltiple llamado *cerebro*, vistas las anomalías que ofrecen estas mismas funciones, nos será dable colegir la lesion material que las determina, y, por consiguiente, podremos desde entonces caminar desembarazadamente por la via del diagnóstico anatómico. Hoy dia, lo repetimos, la fisiología del cerebro no está aun bastante conocida para proporcionarnos estas ventajas, y á pesar nuestro, hemos de contentarnos con el diagnóstico fisiológico, por el cual se llega á establecer las *formas de las enfermedades mentales*.

Esto, sin embargo, el frenópata debe conocer los alcances de la ciencia en punto á la determinacion del diagnóstico anatómico y, en tal concepto, debe saber hasta donde las nociones proporcionadas por la experiencia clínica y por la experimentacion biológica permiten establecer una relacion entre los síntomas y el sitio de las lesiones correspondientes á las diversas regiones de los centros nerviosos.

Coleccionando los conocimientos encaminados á este objeto, hemos formado el siguiente *Cuadro*, con auxilio del cual será permitido aproximar hasta donde hoy dia es dable el tan deseado diagnóstico anatómico en las enfermedades de los centros nerviosos. Convenimos en que actualmente la utilidad de estos datos no es tanta como fuera de desear, si se trata de hacer de ellos una aplicacion exclusiva á las enfermedades mentales; pero creemos que el lector, en este trabajo, encontrará mas de una nocion importante para la clinica en general y para la de las frenopatías en particular.

Tratando ahora de reunir, por caractéres similares ostensibles y bien determinados, las diversas *formas* de la enajenacion mental, poniendo, hasta donde en el dia sea posible, en consonancia los síntomas con las lesiones anatómicas, hallamos:

1.º Un grupo numeroso de enfermedades mentales que concuerdan entre sí por un estado emocional morboso, que, influyendo sobre todas las funciones de la vida psíquica, imprime á estas un sello comun, que debemos aceptar como determinante del género nosológico: el maniaco ofrece un aumento de activi-



dad en todos sus actos psicológicos; el melancólico presenta un estado de abatimiento en todas las funciones de su vida moral. La *emocion patológica*, exaltante ó deprimente, es lo que caracteriza á todas las afecciones mentales de este primer grupo.

2.º Al lado de estas formas de la enajenacion mental, y en cierto modo en oposicion con ellas, existe otro grupo, que no depende inmediatamente de la emocion morbosa, sino de que en ellas la vida psicológica se mantiene en aparente calma y sin profunda excitacion de los sentimientos, y que, al lado de todo esto, *resalta una degradacion mas ó menos marcada de las facultades intelectuales*. A esta última forma puede llegar el enfermo de un modo directo; pero lo mas frecuente es que se vaya á parar á ella despues de haber pasado por alguna de las formas del primer grupo. La *demencia*, parcial ó general, es lo que constituye este último grupo de frenopatías.

La division dicotómica que acabamos de establecer, es mas clínica que nosológica; porque, en teoría, no podria aceptarse una division capital en una clase de enfermedades que pueden las de un género pasar á constituir especies del género antitético; pero es clínica esta division, porque ofrece muchas ventajas para la práctica, toda vez que la experiencia enseña:

1.º Que las enfermedades mentales en que no hay mas que un estado emocional mas ó menos intenso, su curacion es frecuentemente asequible á los recursos del arte, y 2.º, que aquellos casos en los que, haya ó no precedido el estado emocional, se revela la degradacion de las facultades mentales, la terapéutica es siempre impotente.

Resulta, pues, que la primera cuestion que debe proponerse el práctico, en lo tocante al diagnóstico de una enajenacion mental, es la de si hay ó no demencia; porque esta asercion le conduce desde luego á una série apreciable de resultados clínicos, así semeióticos como terapéuticos.

Obtenidas las ventajas de esta primera ojeada clínica, debe el médico emprender de nuevo su tarea semeiótica para fijar definitivamente la especie. Para esto no encontramos proceder mas fácil ni mas conforme con la naturaleza del asunto, que el del ilustre profesor de la Universidad de Gante, Dr. F. Guislain. «Tanto en música, como en lingüística, dice este autor, se reducen todas las entonaciones á una série de sonidos fundamentales, que son las siete notas para la música y las cinco ó seis vocales para las lenguas; lo mismo sucede en pintura, en que todo se reduce á los colores del prisma. En las enfermedades y



dad en todos sus actos psicológicos; el melancólico presenta un estado de abatimiento en todas las funciones de su vida moral. La emoción patológica, exaltada ó deprimida, es lo que caracteriza á todas las afecciones mentales de este primer grupo.

2.º. Al lado de estas formas de la enajenación mental, y en cierto modo en oposición con ellas, existe otro grupo que no depende inmediatamente de la emoción morbosa, sino de que en ellas la vida psicológica se mantiene en aparente calma y sin profunda excitación de los sentimientos, y que, al lado de tal estado, resalta una desorganización más ó menos marcada de las facultades intelectuales. A esta última forma puede llegar el enfermo de un modo directo; pero lo más frecuente es que se vaya á parar á ella después de haber pasado por alguna de las formas del primer grupo. La demencia, parcial ó general, es lo que constituye este último grupo de frenopatas.

La división dicotómica que acabamos de establecer, es mas clínica que nosológica; porque, en teoría, no podría aceptarse una división capital en una clase de enfermedades que pueden ser de un género pasar á constituir especies del género siguiente; pero es clínica esta división, porque ofrece muchas ventajas para la práctica, toda vez que la experiencia enseña:

1.º. Que las enfermedades mentales en que no hay mas que un estado emocional mas ó menos intenso, su curación es frecuentemente susceptible á los recursos del arte, y 2.º. que aquellos casos en los que, haya ó no precedido el estado emocional, se revela la degeneración de las facultades mentales, la terapéutica es siempre impotente.

Resulta, pues, que la primera cuestión que debe proponerse el práctico, en lo tocante al diagnóstico de una enajenación mental, es la de si hay ó no demencia; porque esta acción le conduce desde luego á una serie apreciable de resultados clínicos, así semióticos como terapéuticos.

Obtendidas las ventajas de esta primera ójeada clínica, debe el médico comprender de nuevo su tarea semiótica para fijar definitivamente la especie. Para esto no encontramos proceder mas fácil ni mas conforme con la naturaleza del asunto, que el del ilustrado profesor de la Universidad de Gante, Dr. F. Galissart. «Tanto en música, como en lingüística, dice este autor, se reúnen todas las entonaciones á una serie de sonidos fundamentalmente que son las siete notas para la música y las cinco ó seis vocales para las lenguas; lo mismo sucede en pintura, en que todo se reduce á los colores del prisma. En las enfermedades y



sobre todo en las mentales, acontece lo propio: las hay tónicas y las hay con colores fundamentales. La alienacion tiene sus acordes, sus frases, sus palabras y sus colores fundamentales.»

Conviene, pues, investigar las formas capitales de la enajenacion mental, estableciendo al efecto cierto número de tipos naturales, ó fisiológicos, que sirvan de norma para la comparacion de las manifestaciones morbosas.

Seis son esos tipos generadores de las formas vesánicas, cuya representacion se halla en estados perfectamente hígidos y que puede llamarse *formas elementales*.

### Cuadro sinóptico de las formas elementales de las frenopatías.

Formas elementales.	Ejemplos fisiológicos.
1.º <i>Melancolía, ó frenalgia</i> .—Exaltacion de los sentimientos tristes.	Una madre que llora la muerte de su hijo.
2.º <i>Éxtasis, ó frenoplexia</i> .—Suspension de los actos intelectuales, con rigidez general.	Un hombre rústico embobado en un palacio.
3.º <i>Manía, ó hiperfrenia</i> .—Exaltacion apasionada de la moral.	Un sugeto encolerizado.
4.º <i>Locura (?) ó parafrenia</i> .—Anomalías de la voluntad impulsiva.	Un hombre frívolo, que hace reir por sus sandeces.
5.º <i>Delirio, ó ideofrenia</i> .—Anomalías de las ideas.	El que ve una cosa y le parece otra.
6.º <i>Demencia, ó afrenia</i> .—Decadencia ú obliteracion de los actos morales é intelectuales.	El que no comprende una cosa ó ha olvidado lo que sabia.

No se necesita ser frenópata, para suponer que la naturaleza raras veces ofrece esos tipos nosológicos tan deslindados como nosotros los acabamos de presentar en la tabla; pero lo importante para el diagnóstico, es saber hallar, en medio de la variedad de síntomas que ofrecen los enfermos, la referencia de los grupos de aquellos á los respectivos tipos elementales que hemos establecido. De la mezcla de los caracteres correspondientes á tipos elementales, resultan las *formas compuestas* de la enajenacion mental, que, tambien movidos por el deseo de simplificar sintetizando, vamos á presentar bajo una forma sinóptica.



# CUADRO SINÓPTICO de las formas compuestas de las frenopatías, según Guislain.

- 1.º MELANCOLÍA:** emoción patológica de tristeza ó dolor moral, consistente en un pesar, una inquietud, temor ó espanto. Puede ser:
- general.*
  - especial:* comprende la melancolía;
    - transformacion de todas las afecciones morales en sentimientos dolorosos. *sin delirio*, llamada tambien *moral, afectiva, razonadora ó simple*.
    - hipocondríaca*, inquietudes relativas á la salud.
    - nostálgica*, extrañamiento del país natal.
    - amorosa*, es la *melancolía erótica*, ó la *eroto-melancolía*.
    - misantrópica*, apego á la soledad y aborrecimiento á la sociedad.
    - religiosa* (ascética ó mística), temores de haber ofendido á Dios.
    - ansiosa*, estado angustioso, con opresion torácica.
    - demonofóbica*, temor de estar condenado á las penas del infierno.
  - compuestas:* comprende la melancolía;
    - maniaca*, caracteres de la melancolía y de la manía.
    - homicida*, con propension á matar.
    - sintofóbica*, con horror á los alimentos.
    - delirante*, con delirio.
- 2.º ÉXTASIS:** suspension de las funciones de sensibilidad, movilidad é inteligencia; los enfermos parecen estatuas.
- tranquila y sin delirio*, excitabilidad moral, animacion y acrecentamiento de los actos intelectuales.
  - razonadora*, exageracion de las facultades intelectuales; tendencia irresistible á la discusion.
  - maliciosa*, predominio de un espíritu de intriga y de astucia.
  - cleptomanía*, manía del robo.
  - ebriosa*, necesidad incesante de beber líquidos alcohólicos ó fermentados.
  - erótica*, predominio de los sentimientos amorosos.
  - ninfomanía*, predominio del instinto copulativo.
  - manía alegre*, expansion placentera y festiva de la moral.
  - amenomanía*, exceso de urbanidad.
  - vanidosa*, ó *manía Narciso*; el enfermo está prendado de si mismo.
  - ambiciosa*, ú *orgullosa*, el enfermo se considera superior á todos.
  - religiosa*, (ascética ó mística) exaltacion de las creencias y de los actos religiosos.
  - locuaz*, ó *logomanía*, exageracion de la locuacidad.
  - embustera*, el enfermo miente, calumnia y exagera de continuo.
  - ambulatoria*, propension irresistible á andar, pasear ó viajar.
  - insurreccional*, el enfermo se rebela contra toda autoridad.
  - destructora*; puede ser...
    - furiosa.
    - homicida.
    - suicida.
    - incendiaria.
- 3.º MANÍA:** emoción patológica, con exaltacion de una ó mas funciones frénicas, caracterizada por un estado de agitacion, por exageracion, exaltacion y agitacion de las pasiones agresivas. Puede ser:
- lacerante*, que desgarran, rompen y destrozan cuanto les viene á mano.
  - mutiladora*, que propenden á lisiar y mutilar á séses vivos.
  - suicida*, que atentan contra su vida, sin motivar sus actos de destruccion.
  - homicida*, que atenta contra la vida de sus semejantes, sin motivo en una idea delirante.
  - necrófila*, que desentierran cadáveres y se ceban en ellos como fieras.
  - incendiaria*, que irresistiblemente, y sin concepcion delirante, propenden á incendiar.
  - de oposicion*, que resisten hacer lo que se les manda.
  - muda*, que nunca hablan, sin que una idea delirante les obligue á la reserva.
  - ayunadora*, que, sin motivo delirante ó idea errónea, rehusan la comida.
  - hidrofóbica*, no suele observarse aislada de la ayunadora.
  - escatofóga*, en que los alienados tragan excrementos.
  - coleccionadora*, en que el enajenado lo guarda y conserva todo.
  - cleptófila*, en que, sin motivo apasionado ni concepcion delirante, el enfermo roba cuanto puede.
  - garrulera*, en que el enfermo está de continuo hablando, monologando ó dialogando.
  - ahulladora*, en que el enfermo de continuo ahulla como el perro ó maya como el gato.
  - gesticuladora*, en que el enfermo ejecuta gestos ridiculos con la cara y con los miembros.
- 4.º LOCURA:** Estado emocional en que el enfermo se ve irresistiblemente impulsado á ejecutar actos de una voluntad caprichosa, que no llevan en si los caracteres de una pasion activa. Es una monomanía de accion, sin concepciones delirantes. Los actos ejecutados parecen hechos con deliberacion, aunque esta no existe. Presenta las siguientes formas:
- general*, en que la perturbacion se observa en todos los órdenes de ideas.
  - especial*, en que la perturbacion se nota solo en alguno de los órdenes de ideas. Puede ser:
    - acusador*, que se creen perseguidos y molestados por toda clase de enemigos.
    - inspirador*, que se consideran inspirados por un espíritu ó revelacion de orden superior ó divina.
    - ilusorio*, nacido de ilusiones de los sentidos.
    - alucinatorio*, oriundo de alucinaciones de los sentidos.
- 5.º DELIRIO:** Aberracion notable de la razon; error de los conceptos y perturbacion de las ideas, bajo una forma crónica. Puede ser:
- franca*, pérdida mas ó menos completa de las facultades frénicas.
  - estupidez*, suspension parcial ó total de los actos intelectuales y motores.
  - parálisis general*, parálisis progresiva de los fenómenos morales, intelectuales, vocales y motores.
  - imbecilidad*, desarrollo imperfecto de las facultades morales é intelectuales.
  - idiotismo*, evolución nula ó incompleta de las facultades mentales, con perturbaciones de los actos locomotores, de origen congénito.
- 6.º DEMENCIA:** Debilidad ú obliteracion mas ó menos completa de las facultades morales é intelectuales, con frecuentes lesiones de la motilidad. Puede ser:
- (Estas dos últimas no pueden considerarse como formas de la enajenacion mental.)



## CAPÍTULO XV.

### ETIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES.

La alienación mental puede ser la expresión de un trastorno mas ó menos material y mas ó menos permanente de los centros nerviosos ó bien puede presentarse como afección deuteropática, reflejando estados patológicos de otras partes de la economía. Esta duplicidad de origen de las enfermedades mentales, señala que su etiología debe ser muy compleja; pues no solo merecen consideración de causas de la alienación mental las influencias que actúan directamente sobre los centros nerviosos, si que tambien las que obran preparando ú ocasionando el desorden en otros aparatos, de cuyas alteraciones puede resultar consecutivamente la locura.

De todos modos, adoptando el orden establecido en Patología general para clasificar las causas de las enfermedades mentales, encontramos una primera division en *predisponentes* y *ocasionales*. Las causas *predisponentes* que, hablando con mas propiedad, deberian llamarse simplemente *predisposiciones*, se dividen en *generales*, cuya acción trasciende á grandes colectividades humanas, é *individuales*, cuyo influjo se circunscribe á determinadas personas. Entre las primeras, se cuentan: la civilización, las ideas religiosas, y los acontecimientos políticos; entre las últimas: la herencia, la edad, el sexo, el clima, el estado civil, la profesion y la educación. Las causas *ocasionales* se dividen: en *morales*, *físicas* y *mixtas*. Son causas *morales*: las emociones, las pasiones, los pesares, la imitación y la reclusion. Entre las causas del orden físico, unas tienen una acción *local*, otras *general*, otras son  *fisiológicas* y otras, en fin, tienen un carácter *especifico*. Entre las causas físicas de acción *local*, las hay que actúan directamente sobre el encéfalo, al paso que otras obran á



distancia y por simpatía. Entre las causas *físicas generales*, se comprenden: la anemia, las caquexias, las diátesis, la calentura tifoidea y las intermitentes. Las *causas fisiológicas* son: la menstruación, el embarazo, el parto y la lactancia. Las *causas específicas* comprenden: la acción de ciertos agentes tóxicos, tales como el plomo, el mercurio, el opio, la belladona, el haschich, etc. y el vicio sifilítico. Por último, las causas de *carácter mixto*, son aquellas que ejercen una influencia moral y física á un mismo tiempo, en este caso se encuentran: los excesos alcohólicos, la vida licenciosa y los abusos de la Vénus.

## § I.

### Causas predisponentes, ó predisposiciones á las enfermedades mentales.

Ciertamente la vida abunda en situaciones capaces de perturbar la razón: ¿quién no ha sufrido privaciones, amargos pesares, ingraticudes, pérdidas de intereses, decepciones, desapegos de amistad y de cariño, persecuciones, violencias, injusticias, atropellos, temores, sustos y toda clase de quebrantos de espíritu? ¿Por qué, sin embargo, la enajenación mental es un hecho relativamente raro en la especie humana?—Porque, por fortuna, en la inmensa mayoría de los hombres falta la *predisposición* orgánico-dinámica, que es de todo punto indispensable para que las causas ocasionales que hemos enumerado produzcan su efecto en el sentido de determinar la enfermedad mental. ¡Cuántas veces esta se declara sin la mediación de una causa determinante ostensible! En semejantes circunstancias hay que admitir que la predisposición era tan grande, que por sí sola ha bastado para *determinar* la afección.

Segun hemos dicho, las causas predisponentes de las enfermedades mentales, se dividen en unas que cuya influencia alcanza á considerables colectividades de personas—*predisponentes generales*—y otras que se limitan á determinados individuos—*predisponentes individuales*.—Examinémoslas sucesivamente.

A. *Causas predisponentes generales*.—En este grupo debemos comprender: la *civilización*, las *ideas religiosas* y los *acontecimientos políticos*.

*Civilización*.—¿Será cierto que el progreso moral, político y



material, influye de un modo pernicioso en la poblacion, resolviéndose en causa de alienacion mental? ¿Es verdad que, á medida que la civilizacion avanza, son mas numerosas las enfermedades mentales? ¿Es, por consiguiente, cierto que los pueblos que viven mas apartados del movimiento progresivo de las ciencias y de las artes, son los que tienen mayores garantías de preservacion contra las enfermedades mentales? — Confesamos que un estudio superficial de los hechos, conduce á responder con una dolorosa afirmacion á estas preguntas; mas, desde el momento en que, con ánimo desprevenido, se examina la cuestion desde un riguroso punto de vista científico, se llega á demostrar que, no solamente el progreso moral, político y material no agrava las predisposiciones á las enfermedades mentales, sino que, en el desarrollo de la civilizacion bien entendida encuentra la humanidad el mejor de los preservativos contra las causas de la alienacion mental.

En favor de la influencia perniciosa de la civilizacion, se han aducido las siguientes pruebas:

1.<sup>a</sup> Que á medida que la cultura avanza entre los pueblos europeos, se acrecienta el número de alienados: así, al paso que en Francia, en 1836, habia 1 enajenado por 3,024 habitantes, en 1851 contábanse 1 por 1,676.

2.<sup>a</sup> Que en los pueblos incultos de África y Asia, apenas es conocida la locura; así que Desgenettes, en el hospital del Cairo, no encontró mas que 12 orates; Moreau vió un corto número de alienados en las diversas regiones de Oriente que recorrió y ni uno solo en la Nubia; Aubert, en toda la Abisinia, solo encontró dos idiotas, y Williams, que residió doce años en China, afirma que en el Celeste Imperio es muy rara la locura.

3.<sup>a</sup> Que las poblaciones que mas apartadas están de las grandes ciudades, ofrecen un contingente mucho menor de enajenados que los grandes centros urbanos; así que, segun Guislain, mientras que en Gante hay 1 loco por cada 302 moradores, en la poblacion rural de esta provincia, solo se cuenta 1 por cada 1,474, y segun Renaudin, en la ciudad de Nancy, hay 1 loco por cada 500 habitantes, mientras que en el departamento del Meurthe solo se halla 1 por cada 1,468.

Estas conclusiones adolecen del gran defecto de vaguedad é indeterminacion que es propio de todos los principios que no tienen mas fundamentos que la estadística. Confundir la verdadera civilizacion, que fomenta el desarrollo de todas las virtudes, modera los impulsos de las pasiones y enseña á usar higiénica-



mente de las cosas de la vida, con la crápula y el libertinaje que, precisamente por falta de civilizacion higiénica, se ceban en la poblacion de las grandes ciudades; considerar como hijos de la civilizacion, la embriaguez, el juego y los lupanares, cuando precisamente el verdadero progreso está representado por las sociedades de templanza, por las cajas de ahorros, por la laboriosidad productiva y por la honestidad de las costumbres; tales es desde un primer punto de vista, el escollo en que han tropezado los que, haciéndose eco de una opinion vulgar, aparentemente legitimada por los hechos, han sostenido que la locura y el progreso social están en proporcion directa.

¿Qué diremos de las estadísticas como medio de que se ha echado mano para dilucidar la cuestion que aquí ventilamos? Cuando se ha contado el número de locos de una nacion en dos ó mas épocas distintas, á fin de establecer la diferencia proporcional, se ha olvidado que, si el número de asilos aumenta de dia en dia, y si es cada vez mas numerosa la poblacion de estos, se debe á que la civilizadora idea de fundar manicomios y de conducir á estos á los alienados, arraiga mas y mas en la opinion pública, en beneficio de los enfermos de esta clase; lo cual, en otros términos significa que, como á proporcion que los pueblos adelantan en cultura, sienten mas intensamente la necesidad de *asilar* y *aislar* á los orates, resulta que estos se ponen mas de manifiesto á medida que la civilizacion cunde, y por consiguiente, que ni el incremento de la poblacion de los manicomios, ni la multiplicacion de estos, significa aumento real de número de alienados, sino que estas cifras traducen simplemente el creciente desarrollo de una de las instituciones que mas enaltecen la civilizacion moderna. Si el recurso mas eficaz contra las enfermedades mentales, es el aislamiento mánicómico, claro está que nuestra civilizacion, que tiende á crearlos y á albergar en ellos á los locos, es el mejor antidoto contra la enajenacion mental, ya que, por otra parte, es el mejor de los preservativos contra esta enfermedad.

¿Qué valen, por otro lado, las aserciones fundadas en la apreciacion superficial de la frecuencia de la locura en los pueblos nómadas y en aquellos, como la China, cuya civilizacion se mantiene siempre en un mismo nivel? Aquí hasta se ha debido prescindir de datos estadísticos, pues no los poseen estas naciones, y todo el apoyo de la opinion que combatimos consiste en el relato de algunos viajeros, que, á buen seguro no emprendieron trabajos especiales para averiguar científicamente los he-



chos. De que Desgenettes no encontrase mas que catorce locos en el hospital del Cairo, ¿se podria inferir que no habia mas alienados en Egipto?

*Ideas religiosas.*—La exaltacion del sentimiento religioso llega frecuentemente á adquirir grados frenopáticos. Aun en nuestros dias el delirio místico es el mas comun en las enfermedades mentales. El influjo de las guerras de religion, de las predicaciones y de todo género de actos públicos de carácter religioso, no puede ponerse en duda, pues si no se manifiesta por aumento numérico de enajenados, se traduce por el fondo ó índole del delirio. Todas las religiones pueden obrar en el mismo sentido: el indio, exaltado por su fanatismo místico, se embadurna el cuerpo de excrementos de vaca y se hace quemar vivo; los sacerdotes de Cibeles no cesaban de danzar ante su ídolo; las sibilas y las pitonisas eran presa de delirios convulsivos; el misticismo católico de la Edad media produjo número extraordinario de casos de demonolatría y demonofobia, etc.

Se ha preguntado, cuál de las dos ramas del cristianismo, el catolicismo ó el protestantismo, ejerce accion mas poderosa como predisponente á la enajenacion mental. Hoy dia no hay datos bastante positivos para decidirse. Por mas que se haya dicho que el catolicismo, por el hecho de fundar el dogma en la fe, y no en la razon, es menos ocasionado á hacer enfermar la mente que el protestantismo, que admite el libre exámen en materias religiosas, creemos, con Marcé, que lo único que resulta demostrado es que, así como los delirios místicos de los católicos son de carácter melancólico y consisten en el temor del infierno por malas confesiones, por falta de penitencia, de oraciones, etc., los de los protestantes tienen por objeto las controversias religiosas, las interpretaciones de la Biblia, etc.

*Acontecimientos políticos.*—El vulgo cree que los trastornos políticos ejerce una influencia muy decidida en el aumento de la poblacion de los manicomios. La estadística no confirma opinion tan generalizada.

Por mas que sea de observacion que, á consecuencia de las perturbaciones políticas, las enfermedades mentales presentan un delirio concerniente á las ideas reinantes ó que son objeto de controversia entre los partidos, no se puede inferir de esto que la política influya sensiblemente en el acrecentamiento numérico de los alienados. Diríase que las revoluciones, las agitaciones sociales, los cambios de gobierno, etc., dan el color de la locura; pero no la causan. Si, en una poblacion, en tiempos normales,



habia, por ejemplo, cien locos cada año, al siguiente á un trastorno público, se encontrará, con corta diferencia, el mismo número de alienados, pero entre estos muchos cuyo delirio hará referencia á los acontecimientos políticos mas recientes. En confirmacion de lo dicho, tenemos las siguientes estadísticas sacadas de los establecimientos de Francia, desde 1847 á 1854:

Años.	Alienados.	Años.	Alienados.
1847.....	19,023	1851.....	21,353
1848.....	19,570	1852.....	22,495
1849.....	20,231	1853.....	23,795
1850.....	20,061	1854.....	24,524

El pequeño aumento que se observa de uno á otro año en esta estadística, corresponde al incremento gradual de la poblacion en Francia.

*Causas predisponentes individuales.*—Entre estas debemos estudiar: la *herencia*, la *edad*, el *sexo*, el *clima*, el *estado civil*, la *profesion* y la *educacion*.

*Herencia.*—Varias son las aptitudes morbosas trasmisibles por herencia; pero en ninguna el influjo hereditario es tan comun como en la enajenacion mental. Sin aducir pruebas estadísticas que tiendan á probar el traspaso hereditario de las vesanias—pues este punto ya no admite discusion—y tratando tan solo de dejar consignadas las diferentes condiciones bajo las cuales se puede manifestar, diremos:

1.º Que la herencia puede proceder del padre, de la madre, ó de entrambos progenitores á la vez.

2.º Que en el caso de provenir la predisposicion de uno solo de los cónyuges, es mucho mas frecuente el traspaso de la herencia frenopática de la madre que la del padre.

3.º Que la predisposicion frenopática de la prole es mucho mayor si reconoce origen á la vez paterno y materno que si solo procede de uno de los progenitores.

4.º Que, aun cuando es mas segura la trasmision de la herencia frenopática cuando la prole ha sido engendrada durante ó despues de haber padecido los padres alguna enfermedad mental, no son raros los casos en que el sello morbozo se encuentra en hijos nacidos mucho antes de que los padres estuviesen alienados; por lo cual tampoco es raro observar que estos enloquezcan despues que sus hijos.

5.º Que una larga experiencia ha demostrado que la herencia



puede proceder de una de las ramas colaterales—tio, tia, primo, etc.,—no encontrándose antecedentes morbosos en la línea directa ascendente.

6.º Que, en algunos casos, la herencia frenopática salta un grado de parentesco, observándose que los hijos de locos son cuerdos, pero viniendo á parar en la alienacion los nietos.

7.º Que en otras ocasiones, la predisposicion morbosa hereditaria solo se posa en los hijos de uno ú otro sexo: así se ven familias en que únicamente enloquecen los varones y otras en que la locura solo afecta á las hembras.

8.º Que, por lo comun, el triste patrimonio de la herencia morbosa en familias numerosas no suele observarse en todos los hijos, quedando, por consiguiente, indemnes algunos de ellos, ó recibiendo la influencia solo uno de estos.

9.º Que no siempre el influjo hereditario que predispone á la enajenacion mental se señala en los ascendentes por una vesania, sino que, en muchos casos, la afeccion de estos consiste en una neuropatía de distinto orden, tal como la epilepsia, el histerismo, la corea, etc.

10. Que un hecho correlativo al que acabamos de apuntar consiste en que los descendientes de alienados pueden traducir el traspaso hereditario, no precisamente por una enfermedad mental, sino por una neurosis de cualquier otro orden.

11. Que cuando el influjo frenopático hereditario se une á otras causas accidentales, como hábitos alcohólicos, alimentación defectuosa, etc., puede dar por resultado la esterilidad ó la procreacion de individuos tocados de imbecilidad ó de idiotismo, sordo-mudez, estrabismo ó habitualmente molestados por toda clase de neuralgias.

12. Que los hábitos alcohólicos de los padres producen una aptitud frenopática en los hijos; siendo esta influencia mas marcada si la madre, y particularmente el padre, se hallaban bajo la accion del alcohol en el momento de la cópula fecundante.

13. Que los matrimonios entre consanguíneos, entre otros inconvenientes, ofrecen el de comunicar á la prole una decidida propension al idiotismo, á la imbecilidad ó á la locura.

14. Que el mismo deplorable efecto suelen producir los matrimonios entre personas de edades desproporcionadas.

15. Que hay bastante discrepancia entre los autores en punto á la frecuencia relativa del influjo hereditario en las enfermedades mentales: así, al paso que Esquirol, en 265 enfermos, ha podido descubrir esta predisposicion morbosa en 140, Parchap-



pe cree que solo se encuentra en un 15 por 100 de enajenados, mientras que Guislain, opina que esta proporción se eleva al 25 por 100 y Marcé la llega á evaluar en nueve décimos.

Y 16. Que, mientras todos los estudios estadísticos se han dirigido á determinar la frecuencia de la herencia como causa predisponente de la locura, nada se ha hecho en el sentido de establecer la frecuencia con que esta disposición es trasmisible por vía de la generación, lo cual impide resolver el siguiente problema: dado un individuo afectado de enajenación mental, ¿qué grados de probabilidad hay de que su enfermedad será traspasada á sus descendientes?

*Edad.*—Todos los frenópatas están contestes en que la locura es rara antes de la pubertad; extrañamos, con todo, que Esquirol solo cuente cuatro casos de niños alienados, pues en nuestra práctica, relativamente limitada, hemos observado por lo menos ocho casos, en sujetos menores de quince años; hemos visto dos maniacos de diez años, otro de doce, una estática de doce, una manía con estupor en un muchacho de catorce años y tres más, cuya edad fija no consta, pero menores de quince años. Entre veinte y treinta años aumenta la frecuencia de las enfermedades mentales y el período comprendido entre treinta y cuarenta, es el en que se ve mayor número de alienados. Desde cincuenta en adelante, las enfermedades mentales van siendo menos frecuentes y, en cambio, aparecen las afecciones orgánicas de los centros nerviosos: congestiones, apoplejías, esclerosis, etc.

Respecto á la influencia de la edad en la naturaleza de la enfermedad mental, resulta: que entre veinte y treinta años, es frecuente la manía; de treinta en adelante es comun observar que la parálisis general sustituya á aquella. En la mujer, en la edad crítica, es frecuente la melancolía. De sesenta años en adelante todas las formas mentales tienden á la demencia. En los niños, las locuras instintivas son las mas comunes; es rara en ellos la melancolía; en cambio, son bastante frecuentes las manías impulsivas.—Hemos conocido un niño de ocho años en quien era evidente la cleptomanía; á los veinticinco murió en una cárcel, acusado de varios robos; era hijo de una señora que casó joven con un caballero de sesenta y cinco años; el cleptómano tenia una hermana que ha muerto epiléptica; su hermano mayor es un distinguido publicista, en quien se nota una extraordinaria impresionabilidad nerviosa y ciertas anomalías de carácter, que solo se descubren por el trato íntimo. También hemos conocido una niña de ocho años, hija de un cafetero, que manifestaba una ten-



dencia irresistible á echarse al agua; despues de varios conatos, oportunamente contenidos, se la encontró ahogada en el mar, víctima de su extraña *hidrofilia*. Una hermana menor fué alienada en su infancia. Ningun antecedente en los padres.—Es raro el suicidio en la infancia: en una estadística de 25.760 suicidios, recogida en Francia por Durand Fardel, solo habia 192 en personas menores de diez y seis años. En un estado de 20 suicidios en la infancia, se contaban: 1 en menores de cinco años; 2 en niños de nueve; 2 en niños de diez; 6 en muchachos de doce; 7 en id. de trece, y 2 en id. de catorce.

La forma epidémica de la alienacion mental, causada por la imitacion, se ha observado algunas veces en la niñez: «Del décimo al duodécimo siglos, dice Marcé (1), se vieron en Francia y Alemania reuniones de muchachos que, en número de 20.000 y hasta de 30.000, presa de una sobreexcitacion religiosa de carácter morbosó, abandonaban su país y su familia para hacer peregrinaciones á la Tierra Santa. En 1609, en el país de Labourd, en donde reinó una epidemia de demonolatría, tanto los niños como los adultos se vieron afectados de alucinaciones y arrobamientos estáticos. Cuando las guerras de las Cevenas, se vieron de 7.000 á 8.000 niños reunidos profetizando con la mas grande exaltacion.»

*Sexo.*—Las estadísticas encaminadas á averiguar la proporcion relativa de las enfermedades mentales en los dos sexos, distan mucho de poder expresar la verdad, á causa de que estos datos se han debido tomar en medio de la poblacion de los manicomios. Hay varias condiciones accidentales que hacen que la locura en la mujer sea, por punto general, soportada por mas tiempo en el seno de la familia de lo que lo es la alienacion mental en el sexo masculino. En este el delirio es mas agresivo, y frecuentemente da pié á la intervencion de las autoridades; el furor es menos domable; por otra parte, el trabajo que el hombre produce es tan necesario á la familia, que esta se ve impulsada á buscar cuanto antes en el manicomio la curacion del enfermo, de cuya salud depende el sustento de muchas personas. Todos estos motivos hacen que, aun siendo igual la frecuencia de la alienacion en el hombre y en la mujer, en los establecimientos frenopáticos haya mayor número de individuos del sexo masculino que del femenino.

Si, previos estos reparos y el no menos digno de tenerse en

(1) Obra citada, pág. 115.



cuenta de que la mayor predisposicion que tiene el sexo masculino á padecer la parálisis general hace que la mortalidad en los manicomios sea mas considerable de parte de los hombres que de las mujeres, y por consiguiente, que, aun siendo mayor el número de entrados del sexo fuerte, la poblacion femenina parezca siempre mayor que la masculina; si, no perdiendo de vista estas consideraciones, decimos, se consultan las estadísticas formadas en diferentes paises, llegaremos á las siguientes conclusiones: 1.º, que de suyo la sensualidad femenina ejerce una influencia bastante sensible como predisposicion individual á las enfermedades mentales, influencia que depende de la mayor impresionabilidad de la mujer y de las condiciones fisiológicas inherentes á las funciones de la generacion, y 2.º, que cuando la mujer vive exclusivamente dedicada á las tareas domésticas y apartada de los cuidados y negocios del marido, se halla menos predispuesta á la alienacion mental, que cuando se encuentra constituida en opuestas condiciones sociales.

*Clima.*—Aun cuando carezcamos de datos para hacer un estudio comparativo de la frecuencia de la alienacion mental en los climas cálidos, templados ó frios, es posible colegir cuál esta sea teniendo en cuenta los resultados que se obtienen de la comparacion del influjo de las estaciones. La mayor parte de las estadísticas están conformes en que el número de entradas en los manicomios es mucho mayor durante el semestre comprendido entre Marzo y Setiembre, que en lo restante del año. De esto será lícito deducir que las enfermedades mentales son mas comunes en los climas cálidos que en los frios.

*Estado civil.*—El estado de soltería, segun Guislain, predispone mas á las enfermedades mentales que el de matrimonio; el hombre resiste mejor el celibato que la mujer; en cambio, los viudos enloquecen con mayor frecuencia que las viudas. Una estadística de 10 años, en Francia, da por cada 100 alienados, 61,80 célibes, cifra enorme, si se tiene en cuenta que en la totalidad de la poblacion, á contar desde la edad de quince años, no hay mas que 36,74 célibes por cada 100 habitantes.

*Profesiones.*—Las estadísticas relativas á este punto son tan contradictorias, que no permiten llegar á ninguna conclusion positiva. Se ha supuesto que los que asisten á los alienados en los manicomios, tienen especial propension á contraer enfermedades mentales. Es una opinion gratuita, que no tiene el menor fundamento científico.

*Educacion.*—El sobrado mimo con que algunos tratan á sus



hijos y el irreflexivo cuidado de acceder á todos sus caprichos y jamás torcer su voluntad, es, á no dudar, una de las causas que ejercen mayor influjo en la predisposicion frenopática. El que ha recibido educacion tan impropia, se sobrexcita por la menor contrariedad y en él el soplo de las pasiones tiene fuerza de huracan. En los alienados que se hallan en este caso, son siempre de temer las complicaciones dependientes de las aberraciones de la voluntad, ó sean los caprichos frenopáticos, que á veces no ceden ni siquiera la intimidacion mas bien dirigida.

## §. II.

### Causas ocasionales de las enfermedades mentales.

Segun hemos dicho, las causas ocasionales de la alienacion mental se dividen: en morales, físicas y mixtas.

*Causas morales.*—Las comprendidas en este grupo son: las *pasiones*, la *imitacion* y la *reclusion celular*.

*Pasiones.*—Entre algunos estados máximos de la pasion y ciertos estados frenopáticos, no siempre es dable descubrir un limite preciso; no es, pues, de extrañar que las pasiones sean frecuentemente el bota-fuego de la locura. Un hecho digno de anotarse, es que las pasiones exaltantes rara vez conducen á la enajenacion mental. La alegría no hace enloquecer, por mas que lo contrario el vulgo opine: óyese referir que fulano, á quien le cayó la lotería, se volvió loco de contento; si luego se examinan las circunstancias que precedieron á la explosion de la locura, se halla que, si enloqueció, fué de pena ó temor de ser robado. En nuestra práctica particular hemos sido testigos de un caso análogo á otro citado por Guirlain. Una señorita casó con un caballero, de quien, al parecer, estaba enamorada; ignorábase que ella hubiese tenido otros amores. El dia siguiente al de la boda, declaróse en la desposada una de las manías mas furiosas que hayamos visto. Cuando curada, supimos que el dia de su casamiento, lo fué para ella de honda pena, porque perdía la última esperanza de casar con un jóven, á quien verdaderamente idolatraba.

Entre las pasiones concentrativas, unas, como el terror, obran de un modo súbito y violento, mientras que otras, como los pesares domésticos, las pérdidas de familia ó de intereses, actúan de una manera constante y gradual. Entre las pasiones tristes de accion lenta, los disgustos domésticos son las que mas



comunmente influyen ocasionando la alienacion mental, contando entre aquellos, la infidelidad conyugal; la malversion de los bienes por el jefe de la familia, la falta de trabajo, la mala conducta de los hijos, la muerte de los parientes mas amados, etc.

No es menos evidente el influjo ocasional del amor contrariado, de la celotipia, de la ambicion no satisfecha y de otras emociones que, por mas que sean de origen moral, obran determinando trastornos materiales, no solo en los centros de la innervacion, si que tambien en los aparatos esplánicos, y particularmente en el circulatorio, digestivo y respiratorio.

Los trabajos de bufete predisponen menos á la locura de lo que generalmente se cree. El cerebro soporta bastante bien la fatiga de las facultades intelectuales, así como enferma fácilmente por los excesos de la afectividad. Asi, cuando un hombre de estudio cae en la alienacion mental, hay que considerar que no son los trabajos mentales lo que le ha hecho enloquecer, sino que ha actuado alguna otra causa del órden moral.

*Imitacion.*—Casi todas las neurosis, y en particular las convulsivas, son trasmisibles por imitacion. Nadie ignora el tratamiento por medio de la intimidacion de que Boerahane echó mano para cohibir la epilepsia que, epidémicamente y por influjo de la imitacion, se habia desarrollado entre los enfermos del hospital de Harlem. Lo mismo se ha observado respecto de algunas enfermedades mentales. El relato de ciertos crímenes, que la multitud, ávida de emociones, lee cada día en los periódicos, en mas de una ocasion ha sido causa determinante de locuras que se han propagado epidémicamente. Todos los autores citan el caso de la jóven Cornier, que, en 1825, mató á su hijo, y cuyo proceso hizo mucho ruido; despues de esto, viéronse muchas mujeres afectadas de manías impulsivas de la misma índole, segun el testimonio de las observaciones que nos han dejado Esquirol y Marcé.

*Reclusion celular.*—Sabido es que existen dos sistemas de reclusion celular, ó sea el de Pensilvania, en que el aislamiento es incesante, y el de Auburn, que permite la colectividad de los penados durante el dia, pero en perfecto silencio, y establece la reclusion solitaria por las noches. Las observaciones comparativas respecto á la frecuencia de la locura en ambos sistemas penitenciarios, han venido á demostrar que no pasa de un error vulgar la comun creencia de que la reclusion celular determina mas frecuentemente la alienacion mental que la reclusion en comun.



Lo que sí demuestran las estadísticas es, que entre la población de las prisiones, en general, se cuenta un número mucho mayor de locos que entre la población libre: así M. Coindet, en Génova, ha encontrado 15 casos de alienación mental por 329 reclusos, M. Lelut, en la cárcel de depósito, halló la proporción de 7 á 8 alienados por 1.000; de una investigación hecha en Francia, en 1844, resultó que entre 18.845 presos, habia 359 locos, lo que da una proporción casi equivalente al 20 por 1.000. En la población libre, por término medio, se cuenta 1 loco por cada 1.000 habitantes.

Pero de estos resultados estadísticos, ¿es lícito deducir que la reclusion penal ejerce una acción determinante de las enfermedades mentales? Sin negar en absoluto el poder de esta causa, creemos que el principal origen de la gran frecuencia de la locura en las cárceles, no se debe tanto á las condiciones de la prisión como á las de los presos. Muchos de ellos, en efecto, cuando entran, están ya locos, ó á lo menos presentan los síntomas prodrómicos de la enfermedad mental; de donde que muchos de los crímenes que se castigan no sean mas que actos frenopáticos. Existen otros reclusos, cuyos instintos siempre inclinados al mal y cuya obtusión de sus facultades intelectuales arguyen un estado de idiotismo ó de imbecilidad, que mas bien debiera ser tratada en el manicomio que en la cárcel.

Si, pues, se tiene la precaucion de descartar del número de alienados que se encuentran en las cárceles á título de criminales, todos los que sufrían enfermedad mental antes de su reclusion, procediendo á un detenido análisis de cada caso en particular, se ve decrecer de tal manera la influencia etiológica de la reclusion, que entonces, segun Baillarger, entre 2.400 detenidos en que habia 44 locos, solo 3 habian contraído la locura en la cárcel. Como se ve, esta última proporción dista muy poco de la ordinaria, y pone de manifiesto que la reclusion por sí misma ejerce muy poco influjo en la producción de la locura.

*Causas físicas.*—Las causas físicas ocasionales de las enfermedades mentales pueden ser: *locales, generales, fisiológicas ó específicas.*

*Causas locales.*—De estas, unas obran directamente sobre el encéfalo, mientras que otras actúan por simpatía. En el primer grupo figuran los traumatismos sobre el cráneo, las flegmasías crónicas de los huesos de esta cavidad, las gomias sifilíticas, las otitis internas y demás afecciones de la caja ósea ó de las meninges que pueden propagarse á la sustancia nerviosa contenida.



Tenemos á la vista una señora que, á consecuencia de un tumor enquistado que radicaba en el sincipucio, para cuya destruccion se echó mano de cáusticos muy enérgicos, vino á sufrir una periostitis, seguida de osteitis del parietal, junto á la sutura sagital. Desde entonces—hace ya doce años—sufre cefalalgias intensas, debilidad de la memoria y un estado continuo de melancolía. Podria figurar al lado de este ejemplo el de un demente, recién entrado en *Nueva-Belen*, quien, ejerciendo el oficio de marino, cayó desde las cofas del palo trinquete, recibiendo un golpe en el cráneo. Al accidente subsiguió la conmocion y la contusion cerebral y en pos de esta apareció la demencia, caracterizada primero por amnesia próxima y estupor y luego acompañada de accesos de delirio maniaco con furor. Hoy dia la enfermedad va haciendo progresos lentos, pero incesantes, y no vacilamos en asegurar que no curará.

Cuando hoy dia se habla de simpatías fisiológicas, normales ó morbosas, se quiere dar á entender los efectos de las acciones reflejas, cuyo asiento principal, segun hemos visto, es la médula. Es evidente que, existiendo en esta el poder de transmitir en sentido ascendente las impresiones periféricas, pueden estas por su intermedio, propagarse al cerebro, determinando los síntomas de la alienacion mental. Hé aquí porqué ciertas perturbaciones de la digestion pueden causar el delirio; porqué este en algunos casos ha sido sostenido por ascárides alojadas en el intestino; porqué Sauvages y Legrand du Saule dicen haber observado la locura á causa de larvas alojadas en las fosas nasales y en el conducto auditivo externo, cesando los síntomas frenopáticos tan pronto fueron eliminadas aquellas, y porqué, en fin, las enfermedades del útero, la preñez y los trastornos de la menstruacion, ejercen una influencia visible en las funciones cerebrales.

Llámense, si se quiere, simpáticas estas enfermedades mentales, pero entiéndase que no por esto deja de haber un trastorno cerebral que las sostiene, por mas que el foco originario de este trastorno resida en un punto lejano del encéfalo; condicion digna de tenerse en cuenta desde el punto de vista práctico, porque en la mayoría de los casos el pronóstico y la terapéutica de las frenopatías de esta clase están subordinados, no á la forma de la alienacion, sino al estado morbozo protopático.

*Causas físicas generales.*—Entre estas comprendemos: la anemia, las caquexias, las enfermedades constitucionales y las calenturas.

En la alienacion mental, la anemia es un hecho bastante fre-



cuente; pero seria un error creer que en todos estos casos el trastorno cerebral reconoce su origen en la pobreza de la sangre; antes al contrario, lo mas comun es que la anemia aparezca consecutivamente, esto es, despues que se halla mas ó menos adelantado el desarrollo de la vesania. De ahí que, en unos casos, los reconstituyentes contribuyan poderosamente á curar, al propio tiempo que el estado discrásico, las perturbaciones frénicas, mientras que otras veces la medicacion marcial resulta de todo punto ineficaz.

Se han citado distintos casos de afecciones mentales sostenidas por trasportes del reumatismo, desde cualquiera de las regiones del cuerpo al cráneo y aun á la dura-madre y al cerebro; aun cuando no fuese mas que el insomnio y la misma viveza de los dolores que en semejante caso experimenten los enfermos, bastaria á dar cuenta de esta relacion entre el reuma y las enfermedades mentales (1).

Hánse mentado asimismo algunas observaciones que parecen demostrar que entre el herpetismo y la locura existen relaciones de causalidad; nosotros, que en las afecciones herpéticas consideramos que el sistema nervioso interviene de una manera especial, no estamos distantes de aceptar estas ideas, siempre y cuando no se apliquen desde el punto de vista de las doctrinas humorales.—Una señora maniaca meláncolica á quien asistimos, padecia un acné rosácea en la cara; cada vez que la dermatosis adquiria mayor intensidad se acrecentaba el delirio y la agitacion. Despues de varias medicaciones completamente infructuosas, le administramos el arsénico, y fué de ver que al propio tiempo que se curaba la enfermedad cutánea, desaparecia la alienacion mental. De estos hechos han trascurrido ocho años y esta señora no ha vuelto á padecer ni la enfermedad mental ni la afeccion de la piel.

Importa no confundir el delirio, por lo comun incoherente, pero á veces alucinatorio y aun en ciertos casos melancólico, con la alienacion mental que frecuentemente subsigue á la fiebre tifoidea. Esta aparece precisamente cuando se inicia la convalecencia, cuando ya no hay fiebre y, por consiguiente, cuando se abrigan las mas lisonjeras esperanzas. Las enfermedades mentales consecutivas á la calentura tifoidea son susceptibles de

---

(1) En un caso reciente observado en *Nueva-Belen*, hemos visto la influencia de la discrasia gotosa, determinando bruscamente una manía aguda con pérdida completa de la memoria, profunda obtusion y delirio furioso, que se ha curado en menos de un mes, á beneficio de baños alcalinos, cólechico y nitrato de potasa á altas dosis.



afectar diferentes formas: á veces simulan la demencia, puesto que el enfermo tiene la memoria flaca y se expresa de una manera que podria llamarse infantil; otras revisten los caracteres de la manía ó melancolía, con ó sin alucinaciones, y otras, en fin, aparece un delirio sistematizado que da á la enfermedad todo el aspecto de la monomanía. Esta locura, cualquiera que sea su forma, suele ceder pronto á una medicacion restauradora; mas si el desórden frenopático persiste mucho tiempo y principalmente si aparecen complicaciones mas ó menos graves, hay motivos para recelar que la enfermedad marcha á un término funesto.

El doctor Delusiauve, en una epidemia colérica, ha visto diferentes enfermos á quienes en la declinacion de la enfermedad reinante se ha declarado la alienacion mental, con predominio de la idea de persecuciones ó bien bajo el aspecto del delirio ambicioso. Es de notar que en la mayoría de los casos de esta clase se obtuvo la curacion á beneficio de una medicacion tónico-reconstituyente.

Segun hemos tenido ocasion de consignarlo en la historia de la Medicina mental, Sydenham fué el primero en observar que las calenturas intermitentes, particularmente las de tipo cuartanario, pueden convertirse en agente patogenético de una locura que, como dice el Hipócrates inglés, no cede á la sangría sino á la quinina, á las mixturas cordiales y á una alimentacion restauradora. Los modernos han tenido ocasion de repetir muchas veces la observacion de Sydenham, notando que algunas veces el desórden frenopático aparece en la convalecencia de las intermitentes, mientras que otras se presenta solo en los accesos de estas y siguiendo el curso regular de los paroxismos. La forma mas frecuente de esta clase de locura es el estupor. Su causa anatómica consiste en un edema cerebral y una infiltracion serosa sub-meníngea, dependiente de la discrasia palúdica.

*Causas fisiológicas.*—Debemos estudiar en este punto el influjo que ejercen sobre los estados mentales, la menstruacion, la edad crítica, el embarazo, el parto y la lactacion.

Algunas veces la *nubilidad* señala la época de la primera explosion de la locura, contribuyendo no poco á este resultado las dificultades que frecuentemente encuentra el organismo femenino para establecer el curso regular del flujo catamenial. Con todo, la experiencia enseña que con mayor frecuencia los arrestos menstruales son efecto que causa de la alienacion mental, dato clínico de suma importancia, tanto desde el punto de vista de la semiótica como de la terapéutica.



Mucho mas comun es la locura en la *edad critica*, época en que el organismo de la mujer pierde mucho de los caracteres generales de la sexualidad y adquiere analogías fisiológicas con el hombre. Tal vez sea esta la razon de que en ambos sexos sea frecuente la melancolía desde la edad de cincuenta años en adelante.

Todos los autores están contestes en admitir la influencia etiológica de la *preñez*, del *puerperio* y de la *lactacion*; pero entre todas estas causas fisiológicas, la segunda es la mas frecuente y de accion mas demostrada. La *locura puerperal* puede declararse en dos distintos períodos del puerperio: en los diez primeros dias subsecuentes al alumbramiento, por efecto de la conmocion del organismo por los esfuerzos del parto y por la fiebre láctea, ó bien al reaparecer la menstruacion, esto es, al final de la sexta semana.

En nuestra práctica hemos observado diferentes casos de manía puerperal y, á decir verdad, esta vesania nos parece menos benigna de lo que generalmente se cree, pues frecuentemente la hemos visto pasar al estado crónico, revestir la forma intermitente ó terminar por demencia. Hemos visto una forma benigna hipocondriaca y alucinatoria, complicando un catarro gastrointestinal con fenómenos particulares, que, en nuestro concepto, merece estudiarse como una variedad morbosa del puerperio. Este estado frenopático, durante el cual las enfermas expresan una incesante ansiedad y un gran temor de morir, inspirado por su inapetencia, digestiones penosas, flatulaciones y pujos rectales é insistencia cefalalgia, suele desvanecerse cuando han sido vencidas las perturbaciones de la digestion, lo cual, empero, no es obra de poco tiempo y reclama gran tino de parte del profesór y mucha resignacion de parte de la enferma. Una señora que presentó el cuadro de síntomas que acabo de describir, quedó libre de su melancolía hipocondriaca á beneficio de las aguas alcalinas que modificaron favorablemente el tubo digestivo; un año despues reapareció el estado frenopático, pero bajo una forma diametralmente opuesta, declarándose una extremada aficion al lujo y á la sociedad y por conatos de despilfarar la modesta fortuna de su marido. Este estado duró solo algunos meses.

Otra enferma, á quien recientemente hemos asistido, al cuarto dia del puerperio presentó trastornos de la digestion, con calentura poco intensa; tomó un laxante y se encontró aliviada; á la mañana siguiente fué presa de un delirio incoherente y tan furioso, que fué preciso atarla en la cama; apirexia completa.