

16. Considerada sintéticamente la histología de los centros nerviosos, nos presenta dos órdenes de células; unas grandes, siempre en relación de continuidad, con fibras motoras, y otras pequeñas, que se continúan con nervios de sensibilidad.

17. No existen células nerviosas independientes y aisladas; todas están en relación de continuidad con otras células ó con fibras de sensibilidad ó de movimiento.

18. Las células afectas á la sensibilidad están siempre en relación de continuidad con fibras sensitivas, así como las de movimiento corresponden á fibras motoras.

19. Las células de sensibilidad comunican con células de movimiento, por medio de prolongaciones fibrosas, resultando de esto un aparato funcional completo, por donde se establece un movimiento centrípeto, de impresión, seguido de otro movimiento centrífugo, de excitación motriz, que termina en los músculos, resolviéndose en contracción.

20. En las partes más bajas de los centros nerviosos (bulbo y médula) se observa el traspaso directo del aparato de impresión al de excitación motora, sin intermedio de ningún otro aparato celular. En el cerebro ese traspaso se verifica por el intermedio de las células afectas á la inteligencia, que corresponden á la substancia gris de los hemisferios.

21. El *núcleo del encéfalo* (cuerpos estriados y tálamos ópticos) es un punto de convergencia de los elementos conductores de la sensibilidad y de la excitación motriz, los cuales forman un sistema *convergente inferior*, emanado de la periferia del cuerpo, de la médula, del bulbo, de la protuberancia y del cerebelo, y otro sistema *convergente superior*, cuyo origen se encuentra en las prolongaciones de las células de la substancia gris de los hemisferios.

22. Así como los *tálamos ópticos* concentran los elementos conductores de las impresiones sensoriales, de los *cuerpos estriados* parten los elementos conductores de la excitación motriz.

#### FISIOLOGÍA DE LOS CENTROS NERVIOSOS

23. Las células nerviosas tienen *propiedades generales*, que son comunes á todos los elementos del tejido nervioso y *propiedades especiales*, correspondientes á determinados grupos celulares, que constituyen los diversos segmentos de los centros nerviosos.

24. Entre las *propiedades generales* de las células nerviosas, unas son *orgánicas* y les son comunes con todos los tejidos vivos, de las cuales resulta la nutrición, y otras deben llamarse *fisiológicas*, pues expresan la modalidad funcional de los elementos nerviosos.

25. Las *propiedades fisiológicas* de las células nerviosas son: la *conductibilidad metabólica*, ó poder de transmitir á otras células la impresión recibida, modificándola, y la *intermitencia funcional* ó alternativa del ejercicio y del reposo.

26. Las *propiedades especiales* de las células medulares son: la *retentividad dinámica* (ó poder de acumular la fuerza de acción suscitada por las impresiones, hasta tanto que otra impresión determina el movimiento ó disparo funcional) el *automatismo inconsciente* (ó funciones de impresión y movi-

miento que pasan desapercibidas por la conciencia) y la *motilidad refleja* (ó propiedad de suscitar movimientos por impresiones centripetas que no han llegado al centro perceptivo).

27. Las *propiedades especiales* de las células cerebrales son: la *memoria* (propiedad de retener, por un tiempo más ó menos largo, la impresión recibida para hacerla revivir, con cierto carácter de actualidad, en otro tiempo) la *ideación ó percepción* (propiedad de transformar en conocimiento de las cosas las impresiones sensoriales) y la *asociación* (propiedad de suscitar la reviviscencia de las ideas é impresiones recibidas en otro tiempo, enlazadas á una impresión actual ó mediante el esfuerzo de la voluntad).

28. Consideradas desde el punto de vista de su resultado fisiológico, las *propiedades generales* de los elementos nerviosos son: la *sensibilidad* ó impresionabilidad, la *motricidad* ó propiedad excito-motriz, las *propiedades tróficas* y las *propiedades psíquicas*, que atañen sólo al cerebro.

29. La *sensibilidad* es la facultad de recibir las acciones dinámicas del mundo exterior, transformándolas de un modo especial, que constituye las *sensaciones*.

30. La *motricidad* consiste en la aptitud de transformar las impresiones sensoriales, conscientes ó inconscientes, en excitadoras del movimiento, ó sea de la contracción muscular.

31. Las *propiedades tróficas* se manifiestan por la acción vaso-motriz ú otra influencia sobre el movimiento de nutrición, quizás más directa, pero aun no determinada.

#### ANATOMÍA PATOLÓGICA GENERAL DE LOS CENTROS NERVIOSOS

32. Las lesiones anatómicas de los tubos nerviosos comienzan por la substancia medular, que se fragmenta y vuelve granulosa; más tarde es atacado el *cilinder axis*, el cual, después de tornarse granuloso, deja de hacerse perceptible; en tal estado desaparece la individualidad de los tubos nerviosos, quedando convertidos en cordones fibrilares, atrofiados é infiltrados de serosidad ó esclerotizados.

33. Las células nerviosas pueden presentar dos procesos regresivos, á saber: la *degeneración grasienta* y la *momificación*.

34. En la *degeneración grasienta* hay coagulación y transformación granulosa del contenido celular; luego se arruga y deforma la célula, perdiendo sus prolongaciones, hasta que al fin todo queda convertido en un detritus de granulaciones en que se ven algunos vestigios de célula.

35. La *momificación* es la atrofia de las células: el contenido y los núcleos se coagulan y las células se retraen sobre sí mismas, adquiriendo un color amarillo y un aspecto vítreo particular.

36. Las alteraciones patológicas de los vasos sanguíneos de los centros nerviosos son: la *congestión* y la *hemorragia*.

37. La *congestión vascular*, con dilatación y varicosidades, va seguida de coagulación de la sangre, que se reduce á granulaciones y de exudado seroso ó sanguinolento, que acaba reblandeciendo la substancia nerviosa, cosa que se acentúa más en la materia gris que en la blanca, por ser aquélla menos consistente.

38. En la *hiperemia pasiva*, por hallarse perdido el tono de los vasos, hay

una fluxión permanente; los vasos se infiltran de los elementos de la sangre y en sus paredes se originan neoplasias que aumentan la consistencia del tejido.

39. La *hemorragia ó derrame* en la substancia nerviosa es tanto más copioso y frecuente cuanto menos denso es el tejido; de ahí que en la capa gris de los hemisferios y en los cuerpos estriados, sean más abundantes y comunes que en los tálamos ópticos.

40. Hay derrames sanguíneos efectuados á través de los vasos capilares, que dan por resultado una puntuación muy pequeña y más ó menos diseminada; otros derrames se verifican en vasos mayores, y dan origen á *focos apopléticos*.

41. La sangre derramada en focos apopléticos no se coagula, sino que experimenta una descomposición en sus elementos fibrinosos, en pos de la cual viene su reabsorción, así como la de la substancia colorante de los glóbulos; de ahí que á proporción que se reabsorbe el derrame vuelvan á sus condiciones normales las paredes del foco apoplético.

42. Como hechos consecutivos á la hiperemia y á la hemorragia, pueden presentarse en la substancia nerviosa *exudados, reblandecimientos ó induraciones*.

43. El *exudado* puede ser *purulento*, hallándose al principio infiltrado, reuniéndose después en una colección, y pudiendo luego propagarse á distancia por imbibición.

44. Cuando el exudado es *tuberculoso*, se inicia en las paredes de los vasos, formando manchas nebulosas, que empiezan á reblandecerse por el centro.

45. Los *exudados sífilíticos* constan de masas estratificadas, con un núcleo formado de elementos en estado de regresión, mientras que en la parte cortical hay células y fibras en perfecta organización y dotadas de vitalidad, razón por la cual estas masas se hallan rodeadas de una zona fuertemente hiperemiada.

46. El *reblandecimiento* del tejido nervioso no corresponde á una determinada evolución sintomática, sino que es meramente un hecho resultante de otras alteraciones orgánicas y en especial de la hiperemia, del derrame ó de la embolia, y así como el derrame conduce al reblandecimiento, puede éste ser una de las causas que más predisponen á la hemorragia.

47. La *induración ó esclerosis* es también el resultado de otras alteraciones precedentes y puede presentarse en *chapas aisladas* ó en *núcleos difundidos*; esta lesión afecta casi exclusivamente la substancia blanca.

#### ANATOMÍA PATOLÓGICA ESPECIAL DEL CEREBRO

48. El proceso congestivo de la substancia cerebral es un hecho diariamente comprobado por la autopsia, pues aun cuando el recíproco amoldamiento del cerebro á la cavidad del cráneo sea condición que se opone á la hiperemia, ésta es posible, en razón á que la movilidad del líquido sub-aragnóideo permite que pasando éste del cráneo al conducto raquídeo, el espacio que aquél ocupaba en la cavidad encefálica, venga á ser ocupado por la sangre que, congestionando el cerebro, aumenta el volumen de este órgano.

49. En las meninges la *hiperemia* se caracteriza por rubicundez y mayor densidad de la piamadre, y por vasos tortuosos en las anfractuosidades; en

la substancia cortical del cerebro, por puntitos rojos; en la substancia intermedia, por un color violado; en los ventrículos, por numerosas ramificaciones vasculares; en los cuerpos estriados y tálamos ópticos, por un color rojo subido, y en toda la masa encefálica, por aumento de volumen de las circunvoluciones, que aparecen como estranguladas en su base por la piamadre, y por considerable cantidad de serosidad rojiza sub-aragnoidea.

50. En la *anemia* cerebral hay también superabundancia de serosidad sub-aragnoidea; pero las circunvoluciones y el cerebro en general han disminuído de volumen.

51. Si un obstáculo mecánico ó un estado espasmódico de los vasos principales del cerebro se oponen al libre paso de la sangre, resultará una anemia general de aquel órgano; si el obstáculo á la circulación reside en las ramificaciones más pequeñas, la anemia será parcial.

52. La *embolia* de los vasos cerebrales es frecuente causa de anemia; si aquélla reside en un punto más allá del eptógono de Willis, la anemia va seguida de un proceso regresivo, pues no puede haber circulación colateral que avive el punto isquémico.

53. Naciendo directamente del cayado aórtico la carótida izquierda, se explica que los coágulos migratorios que constituyen las embolias cerebrales se depositen con mucha mayor frecuencia en la arteria sylviana izquierda, que es la del otro lado.

54. La *embolia* cerebral puede depender de granulaciones pigmentarias que se depositan en las últimas ramificaciones de los vasos, determinando así una isquemia difusa, ó de incrustaciones calcáreas de los vasos, que disminuyen su calibre, ó en fin, de detritus gangrenosos ó corpúsculos purulentos, que desde cualquier punto son llevados á los vasos del cerebro.

55. La *hemorragia* cerebral puede ser tan poco considerable, que el foco se forma sin que quede destruída la continuidad de los elementos nerviosos, ó tan importante, que resulte desgarrado el tejido, corriéndose la sangre, ya á través de los elementos de la substancia blanca, ya adaptándose á la configuración de la substancia gris y penetrando en las cavidades naturales del cerebro y pasando de uno á otro de los ventrículos por sus comunicaciones normales.

56. La substancia blanca, mucho menos propensa á inflamarse que la gris, es la única susceptible de supuración, formándose abscesos, tan pequeños, que apenas son perceptibles para un ojo poco experimentado.

57. La *esclerosis* del cerebro es siempre difusa, y constantemente coincide con la de la médula. Obsérvase con mucha mayor frecuencia en la substancia blanca que en la gris; si recae en ésta, adquiere un aspecto parecido á aquélla. La esclerosis de la substancia blanca se reconoce por núcleos, más ó menos voluminosos, de aspecto cartilaginoso y de consistencia semejante á la albúmina coagulada.

58. Los *aneurismas* de las arterias cerebrales, mucho más frecuentes en el lado izquierdo que en el derecho (véase aforismo 52), son tan pequeños, que raras veces superan al volumen de una almendra.

59. Las principales *neoplasias* observadas en el cerebro son: el *carcinoma*, que si no llega á perforar la cavidad craniana, no se reblandece, y aun puede experimentar la metamorfosis grasienta, seguida de incrustación calcárea; los *tubérculos*, que jamás se han observado en el período de granu-

lación, no sufren la metamorfosis caseosa, y se presentan aglomerados en masas más ó menos numerosas; los *colesteatomas* ó depósitos de colessterina, que es producto del desgaste funcional del cerebro, y los *tumores gomosos de la sífilis*, que jamás se presentan enquistados, sino formando masas blandas, de color gris rojizo, en la superficie, con prolongaciones hacia la profundidad.

ANATOMÍA PATOLÓGICA ESPECIAL DEL CEREBRO EN LAS ENFERMEDADES MENTALES

60. Dado que los síntomas frenopáticos difieren por su intensidad, curso é importancia clínica de los que corresponden á las enfermedades comunes del encéfalo, es necesario admitir que las lesiones cerebrales que corresponden á las vesanias son diferentes de las de las otras afecciones, no sólo por el sitio, sí que también por su movilidad, razón por la cual muchas de ellas desaparecen con la vida del individuo.

61. La *hiperemia crónica* de la substancia cortical del cerebro constituye la lesión fundamental en todas las enfermedades mentales; esta hiperemia, la más análoga al orgasmo funcional de este órgano, reside en los capilares más próximos á los elementos nerviosos y sigue una marcha periódica, que corresponde á los intervalos de paroxismo, remisión y lucidez, propios de las vesanias.

62. La *hiperemia activa* suele coincidir con hiperemias mecánicas ó pasivas, resultantes de la compresión que los vasos repletos por aflujo activo ejercen en los inmediatos, que se distribuyen por un tejido tan blando como es la substancia gris cortical.

63. La suma tenuidad de los vasos cerebrales es causa de que la hiperemia vaya frecuentemente acompañada de derrames; que se depositan en focos muy numerosos y á veces tan pequeños, que sólo son visibles al microscopio. Estos derrames se forman entre las tunicas intermedia y externa de las arterias, constituyendo verdaderos, aunque pequeños aneurismas disecantes, de aspecto fusiforme, que algunas veces coinciden con otros derrames ó focos apopléticos extra-vasculares, como los que son propios de la apoplejía común.

64. El *reblandecimiento rojo* es lesión propia de la manía, é invade por capas sucesivas, la substancia cortical, después de haberse iniciado en la zona intermedia de la misma; no es raro que esta lesión comience por la zona superficial; pero pocas veces se observa en la profunda, ó sea la más inmediata á la substancia blanca.

65. Aumentos de *pigmentación* se observan en las células nerviosas y suelen ser la consecuencia de derrames de sangre, cuyos glóbulos se transforman en granulaciones pigmentarias. Una neoplasia de tejido conjuntivo en la túnica externa de los vasos que son asiento del derrame en forma de aneurisma disecante, se observa muchas veces como lesión de los estados crónicos, y de este trabajo resulta una isquemia permanente, seguida de degeneración de la substancia cerebral.

66. Como último término de los estados agudos de las enfermedades mentales, se observa frecuentemente la *metamorfosis grasienta* de los vasos capilares; transformación que, lejos de ser la expresión de un trabajo regresivo, lo es de uno progresivo, pues coincide con la neoplasia de tejido conjuntivo.

67. En los estados frenopáticos crónicos, las lesiones más características se observan en la túnica externa de los vasos, que aparece erizada de prolongaciones de tejido conjuntivo, que penetran hasta la misma substancia del cerebro.

68. Como efectos consecutivos de las lesiones peri-vasculares, se observan: la hidropesía, la esclerosis, la disolución granulosa y la división de los núcleos de las células cerebrales.

69. La *neuroglia* se altera poco en los procesos de índole frenopática.

#### SINTOMATOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

70. Los síntomas de las enfermedades mentales son *psíquicos*, ó propiamente *frenopáticos* y *somáticos*.

71. Los síntomas *somáticos* consisten en perturbaciones de la afectividad é inteligencia, de la sensibilidad y de la voluntad y movimientos.

72. Los caracteres esenciales de las perturbaciones psíquicas ó frenopáticas, por los cuales se distinguen de las manifestaciones hígidas del orden psicológico, son: la falta de proporción entre la manifestación funcional y el grado del excitante material ó moral que la determina, y larga duración de la anomalía frénica.

73. Existen procesos frenopáticos *homólogos*, que consisten en fenómenos que no difieren de los actos psíquicos normales más que en la intensidad y circunstancias en que se presentan, y otros procesos frenopáticos que podrían llamarse *heterólogos*, en razón á que sólo se presentan en el estado de sinrazón.

#### ANÁLISIS DE LA SENSIBILIDAD MORAL

74. Así como el dolor, ó sea la sensación dolorosa, constituye la primera expresión de la enfermedad somática, la pena, la ansiedad, la tristeza ó el mal humor, en una palabra, el sentimiento doloroso ó *frenalgia*, suele ser la manifestación inicial de los estados frenopáticos.

75. La *frenalgia* ó dolor moral, coincide con la astenia de las demás funciones cerebrales, razón por la cual, en tal estado, hay poca fuerza para pensar, escasa energía para las voliciones, debilidad en los movimientos conscientes y hasta atonía en los actos tróficos.

76. Frecuentemente el dolor moral y la tristeza se acompañan de *alucinaciones*, ó sensaciones erróneas, de que se originan ideas tristes ó penosas.

77. El estado opuesto á la *melancolía*, *frenalgia* ó *tristeza frenopática*, es la *expansión afectiva frenopática* ó *hiperfrenia*. Es un estado de alegría, satisfacción, potencia, vigor y grandeza, que domina por completo la moral del enfermo y que frecuentemente se acompaña de alucinaciones que provocan juicios de la misma índole.

78. El estado frenopático determina precozmente un cambio notable en el carácter moral del individuo, y estas transformaciones morbosas constituyen, por decirlo así, el fondo del cuadro de la alienación mental, estando subordinados á ellas los diferentes matices del delirio.

79. Si se exceptúan algunas formas de la manía paralítica, puede decirse que las enfermedades mentales no comienzan nunca por expansión afectiva ó alegría, sino por tristeza, pena ó melancolía.

ANOMALÍAS DE LA INTELIGENCIA

80. Las *anomalías de la inteligencia* son relativas á la *forma* ó al *fondo*, y en este último caso constituyen el *delirio* ó *ideofrenia*.

81. Son anomalías de la inteligencia relativas á la *forma*, la *obtusión*, la *exaltación*, las *ideas fijas*, la *incoherencia de ideas*, la *sobree excitación* y *depresión de la memoria*, las *anomalías de la atención* y los *trastornos de la elocución*.

82. La *obtusión* de la inteligencia puede presentarse como concomitante y complicando á la *frenalgia*, ó como expresión de una debilidad directa del cerebro. En este último caso caracteriza á la demencia, y se llama también *afrenia*.

83. La *afrenia* verdadera suele ser indicio de profundos trastornos anatómicos de la masa encefálica.

84. La *sobree excitación intelectual* ó *hiperfrenia* se caracteriza por un exceso de actividad de la imaginación, que así puede ser resultado de una alteración directa de las células corticales del cerebro, como de una lesión de las de los tálamos ópticos, la cual por el enlace que estos núcleos tienen con las células de la corteza cerebral afectas á la inteligencia, retumba en éstas, poniéndolas en vibración funcional hiperesténica.

85. Cuando la hiperfrenia depende de una lesión del tálamo óptico, se acompaña de alucinaciones sensoriales y de hiperestesia, constituyendo el *delirio sensorial* ó *alucinatorio*.

86. La *fijeza de ideas* es un síntoma de los más constantes en la melancolía y en la monomanía; en aquella, la idea fija es triste y causa pena, y en la última es de satisfacción, orgullo y grandeza.

87. Hay *movilidad de ideas* siempre y cuando el enfermo en la conversación pasa fácilmente de un asunto á otro, á causa de que su atención es débil. Suele observarse al principio de las enfermedades mentales, y en particular de la manía; otras veces indica la proximidad de un acceso en las frenopatías intermitentes, otras es indicio de que la vesania va á cambiar de forma, y otras, en fin, es signo precursor de que la enfermedad mental va á pasar á estados más graves, tales como la manía crónica ó la demencia.

88. La *incoherencia de ideas* consiste en la falta del natural enlace en la conversación entre juicios análogos ó contrapuestos. La *incoherencia* puede ser *aparente* y *real*; la primera depende de que, brotando en extraordinario número las ideas, el enfermo no tiene tiempo para coordinarlas, ni halla palabras para expresarlas todas; es uno de los síntomas más culminantes de la manía; en la *incoherencia verdadera* ó *real* hay debilidad psíquica, indiferencia ó estupor, y es indicio de los profundos daños orgánicos del cerebro que constituyen la lesión fundamental de la demencia.

89. La *memoria* ó facultad de recordar puede presentarse aumentada de punto, y en tal caso el enfermo aparece dotado de una inteligencia é instrucción superiores á lo que en él era normal, ó bien puede hallarse *débil* ó *perdida*, constituyendo la *amnesia*.

90. La *amnesia* puede ser *próxima*, *general* y de la *conciencia*: *próxima*, cuando la falta de memoria se refiere á impresiones recibidas con posterioridad á la invasión de la enfermedad de que este trastorno es síntoma; *gene-*

*ral*, cuando faltan de todo punto ó son muy débiles los recuerdos de impresiones ó ideas, así anteriores como posteriores á la invasión de la enfermedad mental; *amnesia de la conciencia* ó *auto-amnesia* (según proponemos llamarla nosotros), cuando es tan completa la pérdida de la memoria, que el enfermo hasta carece de la noción de su propia personalidad.

91. Cualquiera que sea la forma de la *amnesia*, y cuanto más graduada, es siempre indicio de destrucción más ó menos extensa de la substancia cerebral, por lo cual es el síntoma con que se inicia la demencia.

92. La *atención defectuosa* ó *nula* es causa de que las impresiones excitomotorias voluntarias dejen de serlo, y se conviertan en excitantes de la motilidad refleja inconsciente; el enfermo habla sin saber lo que dice y actúa sin saber lo que hace.

93. Si el defecto de atención depende de un exceso de ideación tumultuosa, las impresiones sensoriales hacen poca mella en la conciencia, y de ahí que no sean recordadas; tal sucede en varias formas de manía.

94. Cuando toda la atención se concentra alrededor de una idea fija, las otras impresiones pasan desapercibidas, porque no son recibidas bajo la acción del conato voluntario de sentir; este estado se observa en la melancolía, y sobre todo en el éxtasis.

95. Las *anomalías de la expresión* son: por exceso, constituyendo la *logomanía* ó *logorragia*; por defecto ó *mutismo frenopático*, y por *extravagancia* ó *culliloquia*; la *logorragia*, que es síntoma de sobreexcitación frénica, suele asociarse á la incoherencia de las ideas; el *mutismo frenopático*, que resulta no es la falta de aptitud para hablar, sino de una tenaz voluntad para mantenerse callado, y suele ceder momentáneamente á la intimidación; se observa en la melancolía y en la manía de oposición; la *culliloquia*, ó manera extravagante de hablar, inventando palabras nuevas, aplicando inconvenientemente términos científicos ó esdrujulizando todos los adjetivos, es muy común en la monomanía y en la manía crónica.

#### ANOMALÍAS DE LA INTELIGENCIA RELATIVAS AL FONDO. — DELIRIOS

96. *Delirio* (derivado de *de fuera* y *lira*, surco) ó *ideofrenia*, es toda perturbación de la razón humana dependiente de errores morbosos de las percepciones ó de los juicios, que el enfermo considera como realidades, ó bien carece de poder bastante para contrarrestar su influjo; el delirio puede ser: *sintomático de enfermedades agudas, tóxico* ó *frenopático*; este último se caracteriza por su cronicidad y por intervalos de remisión y lucidez muy pronunciados.

97. Conviene distinguir la *forma* y la *materia* del delirio; la *forma*, por la que puede ser triste ó alegre, fijo ó móvil, parcial ó general, difuso ó sistematizado, etc., es determinada por el estado emocional dominante; la *materia* del delirio suele depender de las impresiones que últimamente ha recibido el enfermo ó de los recuerdos sugeridos por éstas.

98. Frecuentemente el delirio y las alucinaciones se asocian, pudiendo suceder que preexistan éstas al delirio y le engendren, ó que las alucinaciones sean oriundas del delirio; cuando hay alucinación sin delirio, porque el enfermo rectifica mentalmente sus sensaciones erróneas, resulta lo que Guis-



lain llamaba el *delirio sin delirio*, el cual, cesando la rectificación mental, se transforma en *delirio alucinatorio*.

99. El delirio, por el número de las ideas que comprende, se divide : en *parcial ó mono-delirio*, cuando se reduce, no á un solo concepto, sino á un determinado orden de conceptos mutuamente enlazados, y *general, polidelirio*, cuando la perturbación se extiende á la totalidad de las ideas.

100. Los *monodelirios* varían de denominación según el orden de ideas predominantes; así hay el delirio *acusador*, el *de los inspirados*, el *erótico*, el *religioso*, el *ambicioso*, el *hipocondriaco*, el *demonofóbico*, el *demonolatra*, el de los *metamorfosados*, el *zoantrópico*, etc.

101. Cuando el delirio tiene su manera de ser en anomalías de la sensibilidad, merece el nombre de *alucinatorio* y puede presentar tantas formas cuantas sean las de las alucinaciones, recibiendo calificativos adecuados al carácter de éstas.

102. Para explicar la *patogenia* del delirio, hay que tener en cuenta el automatismo fisiológico de las células de la capa más superficial de la substancia cerebral, que están afectas á la inteligencia y su mutuo enlace anatómico y fisiológico, del cual resulta la asociación y sucesión de las ideas; en el delirio aumenta esta actividad fisiológica y esta aptitud de entrar en función unas células por la función de otras; de ahí superabundancia de conceptos, que es causa de escasa atención, y por lo mismo de la incoordinación é incoherencia, que se notan principalmente en los delirios *difusos*; en los *circunscritos ó monodelirios*, estos desórdenes se limitan á una región reducida de las células intelectivas, de donde que los polidelirios sean volubles y mucho más transitorios que los monodelirios:

103. El delirio puede ser expresión morbosa de dos estados patológicos cerebrales contrapuestos, pero á veces coincidentes: la *hiperemia* y la *isquemia*.

104. El delirio puede corresponder á una *hiperemia activa*, ó á una *hiperemia pasiva*; el de la *hiperemia activa* es difuso, generalizado, exuberante en ideas, agitado y vivo; el delirio, expresión de la *hiperemia pasiva*, es lento y pesado y se acompaña de estupor.

105. El delirio por *isquemia cerebral* resulta de que (excepto en los casos de copiosas hemorragias, y en éstos no hay delirio, sino síncope y abolición de la función cerebral), la isquemia no comprende todas las regiones del cerebro, y así manteniéndose el riego normal en algunas, sostienen éstas su actividad fisiológica normal, pero aparentemente exagerada por la depresión funcional en que han caído las regiones isquemiadas, cuya acción normal debía mantener el equilibrio. Aquí sucede lo mismo que en ciertas parálisis faciales en que la deformidad de la fisonomía se presenta del lado sano, á causa de que los músculos respectivos no son contrarrestados en su acción y equilibrados por sus congéneres.

106. Cuando la anemia cerebral depende de *trombosis arterial*, el delirio coincide con apatía, indiferencia y amnesia; más tarde, empero, se declaran delirios activos, resultante de la hiperemia colateral, hecho necesario de la *trombosis*.

107. La *embolia capilar* del cerebro, por un coágulo migratorio, limitada como está, á una región muy poco extensa, puede no traducirse por delirio ó ser éste muy circunscrito; pero si hay *embolia pigmentaria*, como el atascamiento es difuso, se expresa por un delirio bastante generalizado.

108. En la *inflamación difusa* del cerebro, el delirio es agudo, furioso y alucinatorio; en la *inflamación circunscrita* hay al principio delirio agudo; pero más tarde sobreviene el estupor; el delirio correspondiente á la *esclerosis* es melancólico é hipocondríaco y coincide con debilidad de la memoria.

ANOMALÍAS DE LA SENSIBILIDAD

109. Las anomalías de la sensibilidad son de tres órdenes: *alucinaciones é ilusiones, ausencia más ó menos completa de la noción del estado morbozo de la mente y exaltación de la sensibilidad ó hiperestesia, y depresión ó anestesia.*

110. Las *alucinaciones*, que consisten en sensaciones externas ó viscerales, percibidas sin la intervención de los excitantes fisiológicos de los aparatos sensoriales, difieren de las *ilusiones* en que en éstas hay realmente un excitante del sentido; pero éste determina una sensación distinta de la que de ordinario produce en las personas sanas, y aun en el mismo individuo en el estado normal.

111. Existiendo un aparato nervioso periférico para la impresión, que constituye el sentido externo, un núcleo de recepción y de modificación de las impresiones correspondientes á cada uno de los sentidos, en los tálamos ópticos, las cuales son luego transformadas en ideas que, enlazadas y convertidas en juicios, se conservan virtualmente en estado de recuerdos en las células corticales, bastará que cualquiera de estos aparatos de impresión ó transformación experimente una irritación, funcional ó flogística, para que se verifique una sensación de la misma especie de las que en el estado fisiológico determina el excitante funcional específico.

112. Siendo carácter inherente á las sensaciones la *exterioridad*, las anormales ó subjetivas, que constituyen las *alucinaciones*, no podrán dejar de ser referidas por el enfermo á la acción de un agente que está fuera de él; á no ser que, suficientemente ilustrada la inteligencia en lo relativo á estas anomalías de la sensibilidad, tenga bastante fuerza psicológica para reaccionar contra la imposición de las sensaciones, rectificando los juicios que tales fenómenos estéticos anormales suelen sugerir.

113. Los elementos de las alucinaciones pueden proceder de la memoria, de la imaginación ó de ambas facultades á la vez, por lo cual el tema de las alucinaciones son unas veces impresiones conservadas en estado de recuerdos; otras, ideas creadas por la fantasía en la misma época del delirio sensorial, y otras, en fin, una mescolanza de recuerdos y de productos recientemente elaborados por la imaginación.

114. Por un examen atento de las alucinaciones, pueden referirse todas á la memoria; son *recuerdos involuntarios*, que difieren de los normales (también son frecuentemente involuntarios) en que en éstos el sujeto tiene perfecto conocimiento de que recuerda, y por consiguiente de que el fenómeno estético es puramente subjetivo, mientras que en la alucinación falta el conocimiento de lo que pasa dentro de sí mismo, y se atribuyen á la sensación caracteres de actualidad y de exterioridad, á no ser que intervenga poderosamente el juicio para rectificar estos conceptos erróneos.

115. Existen alucinaciones del *lenguaje*; en éstas el enfermo percibe palabras, que le suscitan ideas y juicios más ó menos completos; cuando la alucinación es muy viva, como suele suceder en los primeros tiempos de su

existencia, la impresión ó recuerdo acústico es tan intenso, que el individuo la refiere por completo al exterior, por lo cual dice que oye que le *hablan desde fuera*; cuando lo es menos, oye la voz *dentro de sí mismo*, y entonces dice que le *hablan en pensamiento ó en idea*.

116. Una de las condiciones más interesantes de las alucinaciones es la propensión á *asociarse* recíprocamente las que corresponden á diferentes sentidos, reforzándose de este modo los juicios erróneos que estas aberraciones de la sensibilidad engendran, y por lo mismo afianzándose el delirio.

117. Existen alucinaciones *unilaterales*; en estos casos el enfermo sólo percibe ruidos ó sensaciones ópticas anormales por uno de los respectivos órganos del sentido; hecho que se explica por una lesión en uno solo de los tálamos ó en uno solo de los aparatos periféricos del sentido correspondiente.

118. En otros casos la sensibilidad está *dislocada*; los enfermos dicen que ven ú oyen por el pecho ó por el abdomen; estas alucinaciones suelen estar ligadas á un estado hipochondríaco ó histérico, y reconocen origen intelectual.

119. Las alucinaciones acústicas son las más frecuentes, subsiguen las ópticas y las del tacto, siendo las del gusto y olfato las más raras.

120. Combinanse las alucinaciones pertenecientes á diferentes sentidos; lo más común es que se asocien las ópticas con las acústicas; siguen las ópticas con las táctiles; las acústicas con las táctiles; las ópticas con las gustuales; las del oído con las del olfato, y las del olfato con las del tacto; las del oído, vista y tacto, las del oído, olfato y tacto y las de la vista, oído, olfato y tacto; son muy raras las simultáneas de todos los sentidos.

121. Aun cuando las alucinaciones acompañen casi constantemente á la alienación mental, no es raro encontrarlas en el estado de razón. Por lo común, al iniciarse las enfermedades mentales, su influjo es contrarrestado por el juicio; más tarde, éste es totalmente subyugado por las sensaciones anormales, trocándose entonces el delirio de la sensibilidad en delirio de las ideas.

122. En la *etiología* de las alucinaciones hay que contar, en primer término, el influjo de la *herencia* frenopática, la *edad* infantil, el *sexo* femenino, las *temperaturas* extremas, las *supersticiones*, el *fanatismo*, los *ensueños*, la *hiperemia cerebral*, la *debilidad*, la *anemia cerebral*, la *fiebre* y las *neurosis*, tales como la epilepsia, el histerismo y especialmente la corea.

123. El valor clínico ó semeyótico de las alucinaciones, en general, es el siguiente: en las enfermedades febriles no añaden ni quitan gravedad; en la melancolía, en la manía y en la parálisis general, su pronóstico está subordinado al de la vesania; en el delirio sistematizado y en la monomanía constituyen señal de mal agüero, pues indican que la enfermedad será rebelde ó incurable.

124. Las alucinaciones acústicas son mucho más rebeldes que las ópticas, pues aquéllas tienen mayor fijeza; las que afectan un sólo sentido son más fáciles de curar que las que son de origen múltiple; éstas últimas conducen más fácilmente al delirio que las que recaen en un solo sentido, pues están también alucinados los sentidos que debieran emplearse en rectificarlas.

125. Las alucinaciones que preceden al delirio son más curables que las que le subsiguen, lo cual es lo mismo que decir que las de origen sensorial son más favorables que las que nacen de la sobreexcitación de las ideas.

126. Cuanto más crónicas ó antiguas las alucinaciones, son tanto más difíciles de extirpar, pues connaturalizándose el error, parece que se borren los recuerdos que podrían contrarrestarle.

127. Las alucinaciones de carácter imperativo son de temer por los actos delirantes á que pueden arrastrar á los enfermos.

128. El *diagnóstico* de las alucinaciones es á veces muy difícil, pues el enfermo tiene aún poder suficiente para disimularlas; es preciso dar fe á todos los que las acusan y además observarles en la soledad y sin que ellos lo adviertan, deduciendo que hay alucinaciones acústicas siempre y cuando haya soliloquios.

129. Las *ilusiones* son anomalías de la sensibilidad, consistentes en un error de concepto respecto del excitante que se aplica al aparato del sentido externo: toma, por ejemplo, el tañido de una campana por una voz humana; es una *ilusión*, la cual difiere de la *alucinación*, en que en ésta el error de la percepción se efectúa en ausencia de todo excitante del sentido externo.

130. La doctrina más aceptable, en punto á la génesis de las ilusiones, es atribuirle, como la de las alucinaciones, á recuerdos involuntarios; sólo que, así como en estas últimas tales recuerdos son espontáneos, en las ilusiones son evocados por una impresión sensorial periférica que, no traduciendo fielmente en el sensorio la naturaleza del excitante funcional, ocasiona el error.

131. Hay ilusiones *naturales* que no son morbosas y que el raciocinio, ilustrado por la experiencia y por la ciencia, rectifica. De este orden son: el ver la luna como un disco, los curiosos efectos del espejismo, el movimiento aparente de los objetos fijos cuando vamos en un vehículo que marcha con rapidez, etc., etc.

132. Las verdaderas ilusiones morbosas, así como las alucinaciones, pueden dividirse: en referentes á la *vida de relación*, de *nutrición* y de *reproducción*.

133. Las ilusiones *ópticas* son más frecuentes que las acústicas, y pueden observarse en todas las formas mentales, especialmente en la manía; por ellas los enfermos confunden las personas; objetos despreciables son considerados como joyas de alta estima; en los gestos y ademanes más inofensivos ven muestras de amenazas á su persona, tienen apariciones celestiales, etc.

134. Las ilusiones ópticas de la locura alcohólica tienen la particularidad de alejarse y aproximarse alternativamente los objetos, razón por la cual merecen el significativo nombre de *fantasmagóricas*.

135. Las ilusiones *acústicas* dan á los enfermos apariencias de mentirosos, pues como oyen cosas distintas de lo que se les dice, á cada momento faltan á la verdad, sin conocerlo.

136. Las ilusiones *táctiles* afectan á la sensibilidad general y al sentido muscular; á ellas se deben las extravagantes apreciaciones que los enfermos tienen de la causa de sus dolores; tal, por ejemplo, siente un dolor en la rodilla, y lo atribuye á un ladrón que se oculta en la articulación, y se golpea, diciendo: — «Toma, malvado, no escaparás», etc.

137. Las ilusiones del *olfato* y del *gusto*, muy frecuentes en las diferentes formas mentales, suelen coincidir con trastornos de las secreciones digestivas, y á menudo se acompañan de *sitofobia*. La *escatofagia* ó afición á

comer excrementos y demás materias repugnantes, es signo muy grave, pues acompaña á la locura crónica ó á la demencia.

138. Las ilusiones referentes á las funciones de la vida de nutrición y reproducción suelen tener su punto de partida en alteraciones morbosas, de mayor ó menor cuantía, de los órganos esplácnicos, siendo sólo erróneo el recuerdo que en el cerebro evocan.

139. Cuando la terapéutica consigue corregir los trastornos viscerales que provocan las ilusiones de origen esplácnico, suelen éstas disiparse y con ellas el delirio sensorial correspondiente.

140. La *ausencia de la noción del propio estado patológico de la mente* es un hecho casi constante en todas las enfermedades mentales; en algunos casos, sin embargo, el enfermo tiene conciencia de sus extravíos mentales; pero carece de poder bastante para dominarlos y contrarrestar completamente sus impulsos frenopáticos.

141. Existe, empero, una forma mental (variedad de la hipocondría melancólica), en que el paciente se siente atormentado por la pena de haber perdido la razón, considera irremediable su enfermedad: es la forma mental á la que hemos dado el nombre de *frenopatofobia*.

142. La pérdida de la noción del propio estado mental suele efectuarse de un modo progresivo; así como la readquisición de esta misma noción es también gradual, señalando el primer hecho el progreso de la enfermedad mental, mientras que el último indica la declinación de la vesania y la proximidad de la convalecencia.

143. No puede darse por bien curado un sujeto que haya padecido una enfermedad mental, en tanto no manifieste estar convencido de que ha estado loco y no hayan en él renacido sus ordinarios afectos y sentimientos.

144. Es un hecho observado que los locos raras veces conocen la locura en otros alienados, cuyo delirio sea menos acentuado que el propio.

145. La *anestesia* ó disminución de la sensibilidad general es un síntoma muy frecuente en las enfermedades mentales, en virtud de lo cual estos enfermos son poco sensibles al frío, y á veces no se aperciben de las quemaduras ni de las heridas que se infieren. La manía, la melancolía y la demencia, y sobre todo el éxtasis, son las vesanias en que es más común la anestesia.

146. La *hiperestesia* se observa frecuentemente en los que padecen ilusiones y delirios parciales de carácter melancólico, y sobre todo en la locura histérica, en donde á menudo la hiperestesia de ciertas regiones coincide con la analgesia ó anestesia de otras.

#### ANOMALÍAS DE LA VOLUNTAD

147. Siendo todo movimiento voluntario ó de origen cerebral, una manifestación exterior de un fenómeno estético ó intelectual, se comprende que los estados patológicos de la inteligencia ó de la sensibilidad se manifiesten por trastornos ó anomalías de la voluntad, razón por la cual no pueden admitirse anomalías exclusivamente circunscritas á la voluntad.

148. La *abulia* ó falta de aptitud mental para resolverse á hacer ó dejar de hacer lo que se desea ó quiere, se caracteriza por una extremada irresolución, bien sea por el temor de obrar mal (*abulia por fluctuación*), bien por

indiferencia ó falta de todo interés personal en hacer una cosa ú otra diferente ú opuesta (*abulia por apatía*).

149. La *abulia por fluctuación* es propia del período inicial de la melancolía, al paso que la abulia por apatía se observa en la demencia, en el éxtasis y en el estupor melancólico.

150. Llámase *hiperabulia* á la exageración de la voluntad, que en el orden normal determina la perseverancia y la laboriosidad, mientras en sus grados patológicos se manifiesta por un vivo deseo de obrar, formar planes, concebir y ejecutar empresas arriesgadas, etc., al influjo de una simple hiperfrenia ó exaltación mental ó bajo el impulso de un delirio. Es síntoma de la manía con ó sin delirio y de la monomanía.

151. Los *caprichos frenopáticos* ó *heterabulia* constituyen una de las anomalías mentales más frecuentes, y consisten en actos impulsivos ejecutados sin motivo intelectual prévio, y aun frecuentemente contra las aspiraciones más ó menos racionales que nacen en la mente del enfermo.

152. Los tipos de *heterabulia* son muy numerosos; los más conocidos son: los *mordedores*, los *deshilachadores* y *cortadores*, los *mutiladores*, los *suicidas*, los *homicidas*, los *necrófilos* (que desentierran, mutilan y profanan cadáveres), los *incendiarios* ó *piromaniacos*, los *contradictores* y *desobedientes*, los *locos mudos*, los *ayunadores* ó *sitófobos*, los *hidrófobos*, los *escatófagos*, los *mamarracheros*, los *cleptómanos* (ladrones), los *colectores*, los *coleccionadores*, los *escarbadores* ó *talpo-maniacos*, los *habladores*, *oradores*, *declamadores*, *monologuistas* y *dialoguistas*, los *chilladores*, *ladradores*, *mayadores* é *imitadores* del canto de ciertas aves, los *gesticuladores*, etc.

#### ANOMALÍAS DE LA MOTILIDAD

153. Los síntomas de la motilidad, en las vesanias, deben observarse por lo que respecta á las *actitudes*, á la *fisonomía* y á la *locución*.

154. Cabeza inclinada hacia adelante, de modo que la barbilla toque casi al esternón, es indicio seguro de demencia.

155. Cabeza erecta, moviéndose con pausa á derecha é izquierda, es síntoma de manía ambiciosa y monomanía dignataria.

156. La parálisis parcial de los músculos faciales es rara en las vesanias; en cambio, son frecuentes la parálisis general, las convulsiones y la debilidad muscular.

157. La *hiperkinesia* ó sobreexcitación de la fuerza muscular es síntoma constante de la manía aguda y del delirio por excitación, constituyendo, según los grados de hiperkinesia, el delirio *agitado* ó *furioso*.

158. Los rasgos fisiognomónicos consistentes en la exageración de los surcos, pliegues y arrugas de la cara, son propios de la melancolía, de los impulsos suicidas, de la hipocondría y de alucinaciones terroríficas.

159. El color atezado ó moreno del semblante es síntoma de las vesanias en que predomina la tristeza; la palidez y depresión del rostro son propias de la manía, y la hinchazón y rubicundez de la cara se observa frecuentemente en la demencia.

160. El *pelo* y *cabello*, en la melancolía y la manía, se vuelven ásperos, mates, lanosos, sedosos ó friables, y aun frecuentemente pierden más ó menos de su pigmento.

161. Las anomalías de la *motilidad* del *iris* tienen el siguiente valor clínico: *A.* En todas las enfermedades mentales puede haber contracción ó dilatación anormal de las pupilas, sin que este hecho influya en el concepto clínico de la afección; pero estas anomalías pupilares son mucho más frecuentes en las vesanias de larga fecha que en las recientes. *B.* Las alternativas de exagerada dilatación y contracción de las pupilas son propias de las formas agudas de la manía y de la melancolía. *C.* La dilatación ó contracción anormal de las pupilas, anuncia una recaída, por más que por otros conceptos, el enfermo parezca tender á la curación. *D.* La desigual dilatación de ambas pupilas (siendo por lo común mayor la izquierda que la derecha) es síntoma de la parálisis general.

162. La *elocución* clara, expedita, con buena entonación y con cierta volubilidad, indica que no hay congestión ni trabajo destructor en el cerebro; la pronunciación lenta, la voz débil y la palabra vacilante, manifiestan profundas lesiones en los centros nerviosos, por lo cual estos síntomas son de los más característicos en la parálisis general de los alienados.

#### ANOMALÍAS DEL SUEÑO

163. El *insomnio* es propio de todas las frenopatías en que hay sobreexcitación intelectual ó afectiva, por lo cual es síntoma de la melancolía, de la hipocondría y de las locuras alucinatorias.

164. La *modorra*, el *caro* y el *letargo* son síntomas de hiperemia cerebral y son frecuentes en la demencia y en las afecciones cerebrales dependientes de cardiopatías.

#### SÍNTOMAS SOMÁTICOS DE LA ALIENACIÓN MENTAL

165. Cuanto más antiguas son las enfermedades mentales y cuanto más crónica su marcha, tanto menos se acompañan de trastornos ó *síntomas somáticos*, razón por la cual suelen éstos faltar en la monomanía, en los delirios sistematizados y en la manía crónica.

166. La *anorexia* suele observarse en el período inicial de todas las vesanias, pues la tristeza melancólica de que se halla poseído el enfermo, le pone inapetente.

167. En la melancolía ya establecida, se observa la *sitofobia caprichosa*, ó resistencia tenaz á tomar alimentos. En la hipocondría, el enfermo come poco, pero mucho más de lo que él dice; en la melancolía, los enfermos comen poco, y siempre se quejan de que se les obliga á tomar más alimento del que les conviene.

168. En muchas vesanias, especialmente crónicas, alternan con más ó menos regularidad la *bulimia* y la *anorexia* y aun la *sitofobia caprichosa*.

169. La *bulimia* ó exageración del apetito se observa en la manía aguda; en la demencia, el hambre raya frecuentemente en voracidad.

170. En la manía y en la melancolía, la lengua suele presentarse saburrosa y los labios cubiertos de una secreción viscosa, que principalmente se deposita en las comisuras; en tal estado se ven frecuentemente otros sínto-

mas del aparato digestivo (náuseas, diarrea y aun fiebre) que indican un catarro gástrico ó gastro-intestinal, y todo junto suele ser indicio de la proximidad de un acceso vesánico.

171. El *estreñimiento* es propio de los melancólicos é hipocondríacos; los dementes tienden á los flujos diarreicos; los maníacos no suelen tener perturbaciones de la secreción intestinal; en los hipocondríacos es muy común el *excremento caprino*, y no es raro que en ellos la constipación alterne con la diarrea.

172. La *respiración* es corta y luctuosa en los melancólicos, agitada, extensa y desigual en los maníacos delirantes, y no suele ofrecer importantes modificaciones en los demás estados frenopáticos.

173. La *voz* es alta en la manía aguda; frecuentemente ronca en el delirio furioso; baja y de tono luctuoso en la melancólica, y apenas perceptible en el estupor.

174. Muchas enfermedades mentales son oriundas y están sostenidas por estados patológicos del corazón; en estos casos, los síntomas somáticos de la *circulación* revelan la lesión cardíaca protopática.

175. La *apirexia* es uno de los fenómenos más constantes de las enfermedades mentales.

176. En el período de invasión de la manía aguda suele notarse aceleración del pulso; este mismo síntoma suele también observarse en los estados alucinatorios y en el período inicial de la parálisis general de los alienados, aumentando la fiebre cuando aparece la diarrea y disminuyendo en el último período de la afección.

177. Aun cuando de las investigaciones hematoscópicas no resulte ninguna relación constante entre los estados frenopáticos y las alteraciones de la sangre, es frecuente en las mujeres observar la *cloro-anemia* en el período inicial de la manía; mientras que los *edemas*, que arguyen éxtasis sanguíneo, aparecen en el período más adelantado de la demencia.

178. El *enflaquecimiento* (frecuentemente contrastando con insaciable voracidad) es muy común en las vesanias de marcha aguda.

179. La cesación del delirio y la aparición de la calma se acompañan de aumento de nutrición; en la convalecencia verdadera todos los enfermos engordan y adquieren buen color.

180. Cuando la *obesidad* no coincide con notable declinación de los síntomas mentales, es indicio casi seguro de demencia, y debe temerse la apoplejía.

181. Los *sudores* de los maníacos despiden un olor repugnante y característico.

182. Los melancólicos segregan pocos humores; su piel es seca, lloran sin lágrimas y destilan poco por las narices; no obstante, la micción es en ellos más frecuente, y la orina más abundante y recargada de materias epiteliales.

183. Es muy común la *amenorrea* durante el período de estadio de las vesanias de marcha aguda.

184. En la convalecencia reaparece la menstruación, si había sido suprimida.

185. Reparición de las reglas sin rebaja de síntomas frenopáticos, arguye cronicidad, demencia ó incurabilidad de la vesania.