

antes de la conquista europea. Las hay por el contrario, irrefutables á su juicio, de que existe en Europa de mucho tiempo atrás. En los cráneos fósiles humanos, como el de Cro-Magnon, y otros, encontrados en las cavernas habitadas por el hombre primitivo, algunos antropólogos han creído reconocer las huellas del origen timiano, de ese hombre pitecoide, intermedio entre los cuadrumanos y el hombre actual, á que anteriormente hizo alusión el Dr. Ramírez, y otros no ven en esos gruesos arcos superciliares y en la cresta mediana antero-posterior sino exostosis de causa sifilítica.

La cuestión hasta la fecha está irresoluta; pero el Sr. Sánchez se inclina á creer que tienen razón los que suponen á la sífilis importada á la América por los conquistadores europeos.

Dr. Garnault. No está demostrado que la enfermedad que se difundió en Europa, á la vuelta de Colón, haya sido la sífilis. Los alemanes achacaban á este mal origen francés y por eso le llamaban mal francés. (Französen Krankheit).

1er. Secretario,
J. P. GAYÓN.

CLINICA MEDICA.

MANERA DE EXPLORAR LA PERSONALIDAD PSIQUICA DE LOS INDIVIDUOS.

Es tan frecuente en la práctica de todos los días tener que investigar el estado que guarda la mente de nuestros semejantes, ya sea por que requeridos por las autoridades nos encontremos en presencia de personas cuya inteligencia se supone perturbada, ó ya porque en nuestra propia clientela surja el mismo problema, que me ha parecido de utilidad formar en un conjunto metódico las reglas para llevar á buen término dicha investigación, sin entrar al terreno de la Psiquiatría, sino permaneciendo dentro de los límites de la exploración clínica general que todo médico está obligado á conocer.

Frecuentemente el examen de las facultades psíquicas es muy difícil. Hay en las funciones que á él se refieren, una parte subjetiva tan grande, que el clínico habituado á las exploraciones somáticas, se halla como desorientado,

tanto más, cuanto que el enfermo suele no responder á las preguntas que se le dirigen, ó dice que nunca ha estado enfermo. Algunos prácticos ocultan al paciente su calidad de médicos con objeto de poderlo examinar: este ardid no debe recomendarse, porque una persona que se declara extraña á la propensión no puede practicar una exploración física y somática completa y además porque los enajenados, no perdonan á los que los han engañado. Es mejor presentarse francamente como médico y tratar de captarse la confianza del enfermo, lo que casi siempre se consigue.

La serie de operaciones que necesita este reconocimiento, son las mismas que se usan de costumbre en los demás. Desde luego, hay que procurarse datos seguros sobre los antecedentes personales del individuo y de su familia, y en seguida se procede al examen directo, comparando entre sí y completando las dos clases de datos. El pasado del enfermo y de la familia, tiene en medicina mental, un interés más considerable que en los otros padecimientos, porque puede servir de base para fundar un diagnóstico, pero hay veces en que esta parte del interrogatorio se dificulta mucho por las enseñanzas contradictorias que dan los miembros de una misma familia. Hay que investigar todas las particularidades biológicas, psicológicas y patológicas que caracterizan la personalidad del enajenado. Se determina la edad, la nacionalidad, la profesión, el grado de instrucción, la época, los síntomas primeros y la evolución de la enfermedad. Se analizará cada síntoma, notando su coincidencia con ciertos accidentes: reglas, preñez menopausis. Se insiste sobre la herencia, no contentándose con preguntar si hubo algún loco en la familia, sino pasando revista á todos los parientes, vivos ó muertos, ascendientes ó descendientes, próximos ó lejanos, y á propósito de cada uno, investigar su salud física en general é intelectual, en particular; todo es importante: la tuberculosis, el cáncer, la obesidad, el artrismo, la sordo-mudez, la locura bajo todos sus aspectos; las neurosis, el alcoholismo, la parálisis general, la criminalidad y aun el talento.

Las condiciones embriológicas en que ha nacido el enfermo: edad del padre y de la madre en el momento de la concepción, su salud, si estaban ebrios ó bajo otra influencia tóxica ó infecciosa, la evolución de la preñez (miseria, pesares,

traumatismos), el parto (premature, á término, natural, artificial, asfixia del niño, hemorragia umbilical, deformación de la cabeza ó de otra parte del cuerpo). En la primera infancia; crianza natural ó artificial, salud de la nodriza, convulsiones por la salida de los dientes ó sin razón, fecha de la marcha, de la palabra, carácter del niño, (caprichoso, amable, salvaje, sociable, activo, indiferente), las aptitudes para aprender á leer, á escribir, á contar. En la adolescencia, se investigará el despertar del sentido genital por ocasionar tanto en el hombre como en la mujer, cambios profundos de carácter; importa saber si hubo rarezas, cambio de conducta, instinto genital exagerado ó pervertido, indiferencia, pereza, tendencia á la soledad y al romanticismo. En la edad adulta, se indagará: la naturaleza de trabajo, las aptitudes del enfermo, sus necesidades materiales é intelectuales, sus afectos, sus preocupaciones, sus costumbres; en esta edad, todas las particularidades psicológicas están, por decirlo así, cristalizadas, y hay que preguntar si el individuo es irritable, susceptible, temeroso, obsesado, impulsivo, etc.

Agotado así, lo que se refiere á la biología y á la psicología del sujeto, se aborda su historia patológica, informándose de un modo especial sobre las enfermedades que ejercen influencia en las funciones psíquicas: accesos de delirio, determinando su carácter, naturaleza, duración, afecciones nerviosas, (neurastenia, corea, histeria, epilepsia, neuralgias, jaquecas) fiebre tifoidea, neumonía, traumatismos craneanos; intoxicaciones—alcohol, morfina, plomo, fósforo, etc. Conviene pedir algunas cartas escritas por el enfermo antes y después de su afección, sus cuentas, sus retratos.

Es bueno orientarse sobre la forma de delirio que pueda tener, para dirigir así el interrogatorio y emplear el tono justo, según el caso particular; se notará, pues, si hay huellas de estrangulación como en muchos melancólicos; si desorden en los vestidos y exhuberancia en los gestos como en los maníacos; si torpeza en los movimientos, ausencia de expresión en el rostro como en los paralíticos generales; rareza en el vestir y en el decorado de la habitación como en los de delirio sistematizado; si se advierte en el cuarto gran desorden, muebles rotos, cerraduras múltiples, si hay suciedad excesiva ó al contrario, visible coquetería y actitud erótica. Algunas veces, cuando la primera

impresión puso sobre la vía del delirio, melancólico, ó de persecución, por ejemplo, se puede dirigir directamente una pregunta que se relacione con él: ¿sois culpable? ¿tenéis enemigos? etc.; pero es prudente no tomar delante del enfermo aire de superioridad, ni mofarse de sus ideas, ni emplear palabras que lo lastimen, ni insistir mucho sobre las preguntas que no quiera contestar. En resumen, debe serse particularmente amable, animador, atento y serio. Pero de cualquiera afección mental que se trate, se compone siempre de síntomas psíquicos y somáticos que es necesario saber reconocer y apreciar.

Síntomas psíquicos.

I. *Excitación y depresión.*—Muchas ideas sucediéndose con rapidez y con desorden, en las que no es posible la atención, que engendran juicios erróneos, conclusiones contradictorias, notable excitación verbal y actos desordenados constituyen la excitación intelectual. Cuando hay fenómenos inversos existe la depresión. Oyendo hablar al individuo, se procuran conocer los síntomas relativos: 1º. Al número de ideas, las que si aumentan manifestamente forman el síntoma llamado aflujo ó fuga de ideas, observado en los estados maniacos y en la confusión mental, primitiva ó sintomática de enfermedades infecciosas; si disminuyen las ideas, hay que cerciorarse si es real la disminución, como en los idiotas y dementes, ó aparentes como en los melancólicos, en los cuales disminuyen momentáneamente las que penetran en la parte lúcida de su conciencia. 2º. A la intensidad de las ideas, lo que supone un conocimiento profundo del yo ó de la personalidad psíquica del enfermo antes de su mal, pues así se determina si hay disminución en la intensidad, encontrándose ideas vagas, insuficientes, sin influencia sobre los sentimientos y actos, como se ve en todos los casos de depresión intelectual; ó si existe aumento en la intensidad de las ideas, notándose que las antes secundarias toman el primer lugar, guían los sentimientos y actos y se vuelven fijas como en los melancólicos ansiosos. 3º. A la rapidez con la cual las ideas se suceden porque en estado normal están separadas por cierto intervalo, medido por la psicometría, mientras que en los enajenados, la sucesión es ya lenta, ya rápida, lo primero se observa en la

melancolía y en el éxtasis, y lo segundo en la manía, en la cual conviene determinar el grado de la rapidez de la ideación.

II. *Perturbaciones en la asociación de las ideas.*—Es conveniente fijar el tipo de asociación que el enfermo tenía en estado normal—débil, fuerte, profundo—y compararlo con el actual. En la manía, en la parálisis general y en la confusión mental, se aprecia la asociación exclusiva, según la semejanza exterior de las palabras, según las consonancias. En los desequilibrados psíquicos, hay asociación paradógica ó por contraste, por ejemplo, un piadoso asocia ideas religiosas con ideas cínicas. Los idiotas, los dementes, tienen debilidad en la asociación lógica, ó ausencia de ella. En los melancólicos existe una forma especial de asociación, que consiste en dirigirse para resolver cualquier problema puesto por el interlocutor ó por el mismo enfermo á un círculo muy restringido de ideas, siempre las mismas: sombrías, desesperantes, desalentadoras, de aquí esas conclusiones estrechas, erróneas, que llevan el sello de *dolor moral* signo fundamental de los estados melancólicos.

III. *Perturbaciones de la memoria.*—La memoria es necesaria para todas las operaciones de la razón, (Pascal) é interrogando al paciente se conocen las perturbaciones de esta importante función. La más frecuente es la debilidad ó *amnesia*: se pierde primero el recuerdo de los hechos recientes y después los antiguos se olvidan á su vez: hay que informarse si la debilidad es estacionaria, si aumenta, ó al contrario, si ha sufrido una evolución regresiva, como en la parálisis general. En la amnesia de los hechos recientes, hay una variedad que consiste en el olvido de los que acaban de producirse en el instante mismo; se observa en las enfermedades agudas: tifo, neumonía, sarampión en la psicosis polineurítica, en la conmoción cerebral, en los traumatismos craneanos. La amnesia puede referirse á un solo hecho y es, entonces, simple, elemental—epilépticos después de la crisis;—es retrograda ó anterograda, según que los hechos olvidados se han verificado después ó antes de la caída. Cuando el olvido se extiende á todas las impresiones, la amnesia es general. La afasia ó pérdida del recuerdo de las palabras articuladas; la ceguera psíquica, ó olvido de las representaciones visuales, en general, son ejemplos de amnesias parciales. Por ser tan impor-

tantes estas formas de amnesia, deben estudiarse con detalle.

Afasia. Cuando un enfermo ha perdido la memoria de los signos necesarios para la expresión de su pensamiento por la palabra, por la escritura ó por los gestos, se designa tal estado bajo el nombre general de afasia (*a* sin *ψασις* palabra) ó asimbolia. La pérdida de la facultad de utilizar estos signos puede ser de dos especies: ya el enfermo ha perdido la facultad de comprenderlos, es decir, que no sabe lo que significa un gesto, una palabra hablada, ó una palabra escrita, y padece entonces afasia receptiva ó sensorial; ó ya ha perdido la facultad de servirse él mismo de estos signos, es decir, que no sabe ejecutar el gesto, pronunciar la palabra ó escribir los caracteres necesarios para expresar sus ideas, y entonces tiene afasia motriz ó de transmisión.

En la afasia sensorial hay dos casos más frecuentes en clínica: 1º El enfermo ha perdido la facultad de comprender las palabras ó las ideas expresadas por sonidos articulados y tiene *sordera verbal*; estando normal su agudez auditiva y pronunciando delante de él una palabra ó una frase, la oye como un sonido ó ruido, pero no comprende su significación, es como si se le hablara en una lengua extranjera que no conoce; esta sordera verbal, caracterizada por la pérdida de las imágenes tonales de las palabras, tiene por causa la lesión del centro de las impresiones auditivas de los sonidos articulados, es decir, la parte media de las dos primeras circunvoluciones temporales. 2º No comprende las palabras ó ideas expresadas por caracteres impresos ó escritos y tiene *ceguera verbal*: el enfermo delante de una escritura impresa ó manuscrita, en un idioma que conoce, se conduce como si dicha escritura fuera extranjera: ve las letras porque su agudez visual es normal; pero no comprende lo que quiere decir la palabra escrita; esta ceguera puede ser no sólo verbal, sino literal, cuando el paciente no reconoce tampoco una letra alfabética escrita separadamente; es determinada por lesión del lóbulo del pliegue curvo.

En la afasia de trasmisión ó motriz, se observan también dos variedades: 1ª El enfermo no puede expresar sus ideas por sonidos articulados, hay *afasia motriz vocal* ó *afemia*, se le dirigen varias preguntas sencillas y se ve que las comprende, pero que á pesar de su deseo evidente de responder, no encuentra las

palabras necesarias; abre la boca, mueve la lengua, se esfuerza visiblemente en decir lo que se le pregunta y sólo emite una exclamación como ¡eh! ¡oh! ó una pequeña frase siempre la misma y sin y relación con lo que se trata, como *nunca, madre mía*, podía repetir las palabras pronunciadas delante de él, pero no es capaz de decirlas de un modo espontáneo; indica una lesión cortical al nivel de la circunvolución de Broca ó una lesión de las fibras de proyección que emanan de este centro cortical. 2ª No puede expresar sus ideas por la escritura, es la *afasia motriz gráfica ó agraña*, i el enfermo sabía escribir antes, al darle un lápiz ó pluma y decirle que lo haga, trazará líneas sin sentido: no tiene localización tan precisa como las otras formas de afasia y la que se había hecho en el pie de la circunvolución frontal está hoy casi abandonada.

A la afasia sensorial se relaciona la *amimia receptiva* ó imposibilidad de comprender los gestos ejecutados por otros, y á la afasia de transmisión la *amimia motriz* ó pérdida de la facultad de ejecutar gestos por cuenta personal. En fin, entre las modalidades de la afasia motriz, deben clasificarse los casos en los cuales el enfermo dice ó escribe una palabra por otra, ó emplea el gesto que no corresponde á la idea querida. Esto se expresa añadiendo la palabra griega *παρα* al término genérico: parafemia (empleo de una palabra hablada por otra) paragrafia (palabra escrita por otra,) paramimia motriz (error de gesto.)

Desarreglo de la memoria. — Hay histéricos ó epilépticos que después de una crisis olvidan todo lo relativo á su vida anterior,—lo que han aprendido ó visto, no saben leer, ni escribir, no conocen á nadie, etc., —pero al sobrevenir un nuevo ataque, los antiguos recuerdos reaparecen como por encanto y todo lo que han hecho ó aprendido después de la primera crisis se borra á su vez, esto continúa repitiéndose en los ataques subsecuentes, observándose la existencia de dos estados psíquicos, de dos estados de conciencia, uno normal con memoria exacta de la infancia, de lo aprendido, etc., y el otro patológico en que esta memoria está ausente y nuevos recuerdos ocupan su lugar. Este desdoblamiento de la memoria es el hecho fundamental de la "doble personalidad."

Paramnesia.—Al lado de la amnesia, se investigan los errores de memoria, la paramne-

sia: se habla al enfermo de un hecho nuevo y pretende haberlo conocido ya, se le presenta á una persona por primera vez y también dice que ya la conocía, esto se ve en los neurasténicos, histéricos, epilépticos, etc. Otras veces, el paciente toma sus sueños por recuerdos de acontecimientos reales (seudo-reminiscencia.)

Hipermnesia.—Consiste en la aparición en la conciencia de recuerdos muy antiguos que no se hubieran podido recordar en estado normal, sin lazo lógico con la situación presente y que se observan en individuos que están ó creen estar en un peligro inminente.

IV. *Alucinaciones, ilusiones, falsas interpretaciones.*—En estado normal la percepción resulta de una sensación exacta provocada por un objeto real sobre un órgano sensorial. En estado patológico puede haber una percepción sin objeto, es decir una *alucinación* ó excitación de un órgano sensorial por un objeto real, pero con percepción inexacta, es decir, una *ilusión*: ejemplo de la primera el que dice ver al arcángel S. Miguel ú oír un cañonazo sin que existan y de la segunda el que oyendo un silbido cree que son palabras articuladas. Hay veces en que el enfermo ve ciertos fenómenos mentalmente, por el pensamiento, sin impresión visual: esta alucinación se llama psíquica, en la cual todo pasa adentro, mientras que en la alucinación ordinaria todo pasa afuera; la imagen puede ser sensitiva, por excitación del centro visual ó auditivo, ó motriz, y nacer al nivel del pie de la 3ª ó 2ª circunvoluciones frontales: la primera es psico-sensitiva, y la segunda psico-motriz. En fin, puede haber percepciones exactas motivadas por objetos reales, sólo que el individuo les da un sentido particular en relación con sus preocupaciones; por ejemplo, un melancólico que espera su ejecución, cree que cada persona que ve, lo va á conducir al patíbulo, no hay, pues, ni ilusión ni alucinación, sino falsa interpretación delirante, debida á que se da un sentido inexacto á una percepción regularmente experimentada.

Reconocidas las alucinaciones, debe investigarse si el individuo tiene conciencia de ellas ó no, y en cada orden—visuales, auditivas, táctiles, olfativas, gustativas, sensitivo-musculares, sensitivo-generales, genitales, psico-sensitivas y psico-motrices—analizar sus caracteres. En las alucinaciones visuales, tan frecuentes en las intoxicaciones, en las infeccio-

nes, en la histeria, en la epilepsia, hay que saber si son elementales (luces, relámpagos,) ó si son diferenciadas y en relación con un objeto determinado (fantasmas, animales,) si son uni ó bilaterales, si el enfermo ve mentalmente (alucinaciones psíquicas.) Dan lugar á signos de presunción importantes: la mirada está conmovida, fija; las pupilas, cuyo examen es difícil por lo agitado del enfermo, cambian de dimensiones á causa de la acomodación, si se aleja la alucinación, se dilatan y viceversa; hay parpadeo, y si es antiguo, pliegues perpendiculares á las fibras musculares del párpado.

En las auditivas, tan comunes en el delirio de persecución, se averiguará si se oyen ruidos ó sonidos ó palabras articuladas, si son intensos, lejanos, claros, uni ó bilaterales, y en este último caso, si son antagónicas (en un oído se perciben cosas agradables y en el otro injurias.) Sus signos de presunción son: el enfermo voltea la cabeza de un lado á otro, se ríe sin razón, se tapa los oídos; si vuelve la cabeza siempre de un mismo lado, es probable que sea unilateral, y si es antigua, hay contracción más acentuada del esterno-oido-mastoideo de este lado y adelante del tragus pliegues verticales por contracción repetida del músculo auricular anterior profundo (se inserta al tragus en su cara externa y á la apófisis zigomática.)

En las táctiles se indagará si se manifiestan por sensaciones cutáneas vagas (picoteo, calor, frío) ó si tienen carácter más determinado (sensación de corriente eléctrica, de mordedura, de herida.) En las alucinaciones del sentido muscular, los pacientes se sienten levantados, transportados; en las de sensibilidad general, experimentan como si tuvieran una bestia en el cuerpo, ó las entrañas removidas. Los sobresaltos, las posturas bizarras, son los signos objetivos de ambas.

V. *Ideas delirantes.*—*Delirio.*—Las ideas falsas de un loco tienen siempre por punto de partida una asociación patológica ó una sensación morbosa y las concepciones delirantes adquieren muy pronto la fuerza de una verdad absoluta que ninguna demostración destruye. Debe investigarse en las concepciones absurdas: su intensidad, su modo de formación, la evolución, la sistematización.

La intensidad puede ser muy grande y entonces las ideas delirantes absorben toda la atención del enfermo ó ocupan toda la parte lúcida de

su conciencia, determinando emociones violentas y decidiendo todos sus actos; ó al contrario, la intensidad es muy débil y carece de influencia sobre la sensibilidad psíquica y los actos; ó por último, existen oscilaciones en el mismo enfermo, al principio delirio intenso, colorido, activo, después débil, pálido, aun desaparece.

En el modo de formación de una concepción delirante se observa á veces que es por un razonamiento insuficiente como el paciente llega á un resultado funesto; en otras es por una ilusión ó por una alucinación; en otras proviene de una idea á la que de ordinario no se presta atención; en fin, la paramnesia por error de recuerdo cuando el enfermo dice haber ya visto ó conocido tal ó cual fenómeno, ó la imaginación desarreglada cuando se toma por realidad una creación fantástica, pueden influir en el modo de formación del delirio.

En la evolución se indaga si las ideas delirantes han sido súbitas ó precedidas de prodromos, si han sido agudas ó nó, continuas ó interrumpidas por períodos lúcidos.

Las concepciones delirantes rara vez son aisladas y más á menudo se asocian, se combinan; cuando es sin orden el delirio es confuso y si hay unión lógica entre ellas es sistematizado, habiendo variaciones numerosas en el grado y perfección de la sistematización; si las ideas delirantes son de igual categoría el delirio es monomorfo y si se combinan las de satisfacción, de persecución, de hipocondría, de erotismo, etc., es polimorfo.

VI. *Obsesiones.*—*Impulsiones.*—Obsesión es una idea inútil ó nociva que ocupa el espíritu del sujeto á pesar de su voluntad, lo extraño y lo insoluble de estas ideas constituyen el sello especial de esta perturbación mental; en la obsesión el individuo tiene conciencia de lo absurdo de la idea, mientras que en el delirio está convencido de que es justa: las obsesiones presentan accesos agudos, de intensidad variable; interrogando al enfermo fuera de ellos procurará indagarse si están precedidos de aura, si hay angustia física y moral, cefalalgia, enrojecimiento, palidez, sudor, temblor, palpitaciones, vértigo; en la fase final se averiguará como terminan, si el paciente cede á una impulsión ó vence, si experimenta satisfacción ó calma, ó si la obsesión se transforma en alucinación; el acceso suele ser único ó intermitente, apareciendo en días y en horas determinadas (épocas catameniales), otras veces

viene por crisis subintrantes y constituye el estado de mal obsesional. No es posible discutir aquí las teorías propuestas para explicar el origen de la obsesión, ni saber si es un síndrome intelectual ó emotivo, ó si resulta de una lesión de la voluntad, ó si es una perturbación psicológica complexa; pero sí procurará fijarse á que variedad pertenecen las obsesiones é impulsiones: aritmomanía, locura de duda, delirio del facto, onomatomanía, kleptomanía, piromanía, dipsomanía, suicidiomanía, exhibicionismo, bulimia, ninfomanía, satiriasis, onanismo, pederastía, agorafobia, etc.

VII. *Perturbaciones de la conciencia.*—Hay que resolver en qué medida el individuo tiene conciencia de sus pensamientos, de sus sensaciones y de sus actos. En estado normal no tenemos conciencia de todo lo que forma nuestro dominio psíquico, sino sólo de una parte que solicita nuestra atención, que está presente en nuestro espíritu y que constituye lo que se llama *el campo lúcido de la conciencia*, por analogía con el campo visual, el resto de las adquisiciones psíquicas queda en estado latente de inconsciencia. Además, no todo lo que se haya presente en el espíritu lo está en el mismo grado: se puede tener una conciencia clara de cierta sensación y una conciencia vaga de otra, sólo la intervención de la voluntad bajo la forma de atención activa convierte en claro lo que era vago. En estado patológico, que se trate de vesanías simples como la manía, la melancolía, ú orgánicas como la parálisis general, la demencia; que se trate de auto-infecciones como la locura puerperal, el delirio del tifo, de la erisipela, etc.; de auto-intoxicaciones como en el delirio urémico, ó de intoxicaciones exógenas como en el alcoholismo, el agenjismo, etc., el individuo tiene un campo de conciencia menos clara, se ha estrechado más ó menos y es lo que importa reconocer. En el coma completo, llamado *carus*, hay suspensión total de la inteligencia, de la sensibilidad y del movimiento, aun bajo la influencia de las excitaciones más fuertes; cuando el paciente sale por éstas de su estado de inconsciencia, el coma se designa con el nombre de *estado soporoso ó de cataforesis* y si profiere palabras incoherentes, se dice que está en el *coma vigil*. Diferenciar el coma de los otros estados de conciencia que pueden simularlo—sueño de los convalecientes, sueño histérico, síncope, éxtasis, catalepsia—y diagnosticar su

causa cuando de hecho existe—estado comatoso con fiebre (meningitis tuberculosa ó cerebro-espinal, tifo, tifoidea, pernicioso, algunas veces la epilepsia); estado comatoso sin fiebre (epilepsia, hemorragia cerebral ó meníngea ó ventricular; compresión, contusión, conmoción cerebral, fractura, alcoholismo, histeria, eclampsia, diabetes, uremia) saldría del cuadro de la exploración.

Al lado de estas perturbaciones en que la conciencia es nula se observa en los enajenados una serie de estados en que sólo está disminuida: en unos hay inconsciencia de su estado morbo-so, en otros de lo que pasa á su derredor, constituyendo este modo especial de la conciencia el *estado de ensueño*, común en el delirio alucinatorio, en el post-epiléptico, en la manía transitoria. A un grado menor se observa una especie de *estado crepuscular de la conciencia* en el que se hacen asociaciones singulares y en el que todo parece cambiado,—cuarto, muebles, etc.—es propio de la histeria, de la epilepsia y de la confusión mental alucinatoria. Por último el *automatismo psíquico* del que el *automatismo ambulatorio* constituye una variedad es otro estado de conciencia que debe examinarse: el individuo tiene conocimiento regular de muchas cosas, pero suele verificar una serie de actos sin darse cuenta de su causa, irá por ejemplo de una ciudad á otra conduciéndose correctamente y al fin de su viaje se admirará de haberlo efectuado; este accidente se observa en los histéricos, alcohólicos, epilépticos, en los sugestionados simple ó hipnóticamente.

VIII.—*Perturbaciones emotivas. Cambios morbosos del humor y del carácter.*—El conjunto de sentimientos como el hambre, ú otros más abstractos como el de lo bello, producen una impresión general que determina la sensación de mal ó de bien estar; este sentimiento general, esta disposición del humor se llama *estado conestético* y debe examinarse en todas las afecciones psíquicas.

En los desequilibrados, en los histéricos, en los neurasténicos hay una hiperestesia psíquica que se nota por el simple interrogatorio, la que provoca una emoción desproporcionada á una impresión pequeña y que puede llegar hasta la hiperalgesia, en la que se determina una angustia, un dolor moral con el menor pretexto.

En los desequilibrados suelen hallarse *hiperestesias psíquicas parciales* con respecto á cier-

tas impresiones, vista de un ratón, de un murciélago, etc. Otros como los enfermos de lesiones cerebrales circunscritas, presentan una especie de *debilidad irritable* de la sensibilidad psíquica: lloran de emoción al preguntarles de qué murió su bisabuelo y al momento olvidan su dolor. Otros como los idiotas, los estúpidos, los dementes, presentan el defecto contrario, son insensibles, están como se dice en estado de hipoestesia psíquica. Hay que ser cauto al interrogar á estos enfermos para formarse idea sobre su personalidad moral anterior que presenta algunas veces cualidades diametralmente inversas. Hay que investigar la influencia de las emociones, yasean excitantes, —estéticas,—ó depresivas, —asténicas,—sobre la actividad psíquica, porque si en estado normal determinan modificaciones muy importantes, ¡qué será en el patológico! La emoción patológica es capaz de provocar actos desordenados, —arrojarse por un balcón á la vista de un incendio que no ofrece peligro,—seguidos de agotamiento: es frecuente en los neurópatas, desequilibrados, alcohólicos, paralíticos generales. El *raptus melancólico* con su carácter de apariencia súbita y sus manifestaciones violentas, tiene por causa una emoción patológica, lo mismo que las diferentes fobias y la cólera morbosa. Estas manifestaciones de la emoción patológica evolucionan de un modo intermitente, episódico, otras veces duran semanas y aun meses como en los melancólicos, en los desequilibrados y en los maniacos crónicos.

IX.—*Perturbaciones de la voluntad.* —Hay que estudiar la elección de los motivos, los instintos, la actividad interior ó atención activa, la actividad exterior, la mímica, la palabra, la escritura.

El motivo predominante de un acto es de mucha importancia en el examen psíquico, pues permite reconocer si la personalidad psíquica se ha conservado ó está desintegrada; en efecto, si todos los motivos convergen á un fin, la personalidad está entera, y si son disparatados, ha perdido su integridad. Tal desarreglo de la personalidad se observa en su máximo en los dementes, en los que los actos son por decirlo así, reflejos. En otros casos, locura histérica, manía, existen dos grupos de motivos absolutamente diferentes, uno caracteriza la personalidad antigua, normal, el otro la nueva, la patológica: es la duplicación de

la personalidad, por duplicación en los motivos.

El examen de los instintos es precioso: se investigará si están ausentes, disminuidos, ó pervertidos. El instinto genital debe interrogarse con mucho tacto porque se presta á respuestas brutales, indiscretas y á perder la confianza del enfermo, cosa que debe siempre evitarse con los enajenados; lo mejor sería que el paciente expusiera por escrito esta parte delicada del examen; como los otros instintos, el genital puede hallarse debilitado—melancólicos, hipocondriacos, — aumentado — manía, principio de la parálisis general, ciertas demencias—pervertido, masturbación, satiriasis, pederastía en el hombre, ninfomanía, amor lésbico en la mujer.

La actividad interior ó atención puede estar: debilitada—estados maniacos, confusión mental, demencia—el enfermo detiene su pensamiento sólo un momento sobre lo que se le dice y pasa luego á otro; ó abolida de suerte que si se insiste con el paciente para fijar su espíritu, hablándole por ejemplo de un hecho importante de su vida, continúa guardando su aire distraído. Hay ciertos enfermos en quienes se ve una especie de exageración de la atención activa para determinadas ideas: el melancólico no puede arrancarse un recuerdo triste, el hipocondriaco concentra toda su atención sobre un dolor que tiene.

La actividad exterior dependiente de las zonas psico-motrices puede encontrarse exagerada ó disminuida: exagerada, se ve al individuo librarse á toda clase de empresas, de marchas, de proyectos, obra como un autómatas sin que la voluntad pueda intervenir, pronuncia palabras incoherentes, grita, salta, baila, gesticula, golpea, destruye; disminuida, hay desde simple lentitud en los movimientos, con ausencia de iniciativa, de energía, con deseo de soledad, de mutismo, hasta la inmovilidad completa.

La mímica, forma de lenguaje, manifestación motriz exterior de gran importancia (lo mismo que la palabra y la escritura) debe ser examinada con cuidado: se verá en los estados melancólicos la cara inmóvil, como fija; en los maniacos sorprenderá por su movilidad extrema, expresando sucesiva y rápidamente toda clase de sentimientos, aun contradictorios, como la cólera y la alegría; en los dementes los mús-

culos de la cara están relajados, como desprovistos de vida.

La palabra puede ser rápida, abundante, colorida, rítmica y rimada, según la naturaleza de las ideas que ocupan el espíritu del enfermo, según su facultad de atención y la excitación de las zonas psico-motrices; puede haber mutismo completo ó no, en el que no se hace ningún ensayo para hablar, como en la afasia, y en el que la cara expresa imbecilidad ó indiferencia completa ó voluntad firme de no decir nada.

En la escritura se encuentran líneas temblorosas, en zig-zag, omisiones de letras, de sílabas, de palabras, subrayados; los maniacos escriben con letras gruesas y no terminan las palabras por la prisa en que están; en el delirio alucinatorio hay tendencia á servirse de dibujos, de imágenes en lugar de palabras; los dementes escriben de un modo ilegible é incomprensible. Debe siempre compararse la escritura anormal con la que tenía el enfermo antes de su mal.

Síntomas somáticos que acompañan á las perturbaciones psíquicas.

El examen psíquico para ser útil debe acompañarse del de las funciones somáticas, porque no hay desórdenes del espíritu sin perturbaciones físicas simultáneas.

Trastornos del sueño. — Sueño normal. El insomnio se observa al principio de la mayor parte de las psicopatías. Los ensueños no tienen aún sentido preciso desde el punto de vista del diagnóstico; debe notarse su frecuencia en los histéricos, se acompañan de visión de animales en los alcohólicos, en los cuales las pesadillas son algunas veces seguidas de parálisis.

Sueño patológico. La narcolepsia es la exageración de la necesidad de dormir y es por lo mismo un síntoma opuesto al insomnio; es frecuente en los nerviosos de taras hereditarias. El sueño histérico es un accidente propio de estos enfermos: la facies está en calma, la respiración regular, nunca roncante, el pulso tranquilo y hay á menudo fenómenos de rigidez en los maseteros. El sueño hipnótico también se ve en los histéricos y tiene tres formas clínicas: letárgica, caracterizada por la hiperexcitabilidad neuro-muscular de Charcot, que consiste en la contracción de los músculos por las excitaciones mecánicas ejercidas sobre ellos ó sobre los nervios que los animan; cataléptica se

caracteriza por la propiedad que poseen los miembros de guardar por más ó menos tiempo la posición que se les imprime, provocando algunas veces sobre la fisonomía expresiones correspondientes á dichas posiciones (los puños cerrados, expresión de cólera, etc.); somnambúlica, se reconoce por la docilidad pasiva del individuo á todas las sugerencias del experimentador y por una exaltación más ó menos grande del poder muscular y de los sentidos especiales. Fuera de toda intervención hipnótica existen ciertos estados de sueño patológico que constituyen los diferentes somnambulismos: hay uno fisiológico caracterizado por ser nocturno, por no haber contracturas musculares, por la amnesia total al despertar y por el estado normal en los intervalos de los accesos, el somnambulismo epiléptico comprende el pequeño automatismo y el automatismo comicial ambulatorio, están precedidos de vértigo ó de acceso epiléptico convulsivo; hay por último el somnambulismo histérico espontáneo.

Trastornos de la sensibilidad. — Sensibilidad general. Útiles de buscar porque un dolor en un miembro ó en un órgano explicará la hipcondría, las ideas de posesión, y aun anestias locales ó generales las ideas de transformación ó de doble personalidad. El examen de la sensibilidad cutánea es muy difícil en los enajenados, porque no fijan la atención y porque sus datos están mezclados con ideas delirantes.

Sensibilidad especial. Se examinará el oído que dará á conocer alucinaciones en general ó unilaterales; la vista perturbada en la parálisis general, el tabes, el alcoholismo, la histeria; el gusto disminuido en los débiles, en los dementes; exaltado en los maniacos, en los perseguidos; pervertido en los histéricos, en los desequilibrados; el olfato debilitado al principio de la parálisis general; exaltado en la locura nerviosa; el sentido muscular, de cuyas alteraciones nace la catalepsia, el delirio hipochondriaco; la sensibilidad visceral perturbada en los paralíticos generales, en los histéricos en los que cría ideas de vacío ó de lleno de agua en la cabeza, de esófago tapado, de falta de corazón; el sentido genital cuya debilidad cría la depresión y cuya exaltación lleva al onanismo, ó á concepciones delirantes de preñez imaginaria, de violación, etc.

Trastornos de la movilidad. — Sus perturbaciones están ligadas con la excitación ó la depre-

sión. En los excitados saltan á la vista: agitación de los maniacos; crisis convulsivas de los epilépticos, histéricos, coreicos ó de los estados toxi-infecciosos, (uremia.) En los deprimidos se observa á menudo la inmovilidad, la catalepsia, las paresias.

Trastornos reflejos.—El examen de los reflejos completa el de la movilidad: están exagerados en los neurasténicos, disminuidos en las psicosis tóxicas, en el tabes.

Trastornos de las funciones de nutrición.—En las secreciones, salivar, sudoral, lacrimal, se estudiará si están aumentadas ó disminuidas. En la orina su composición. Se examinará la sangre y la circulación: tensión arterial, pulso, pulso capilar (medido con el pletismógrafo de Wallión y Comte) trastornos vaso-motores, (nariz, labios, extremidades cianosados y fríos, el edema, la afixia de las extremidades.) La respiración (su frecuencia, su ritmo, su amplitud.) Los trastornos tróficos: sequedad, escamas, pliegues de la piel, su pigmentación, gangrenas, equimosis; los huesos cartílagos, dientes, uñas, cabellos.

Estigmas de degeneración.—Deben tenerse, para examinar con fruto el estado psíquico, las principales nociones prácticas sobre la desviación del tipo antropológico normal.

En el cráneo se notará su desarrollo regular ó asimétrico, la micro y macrocefalia, la dolico ó braquicefalia, su forma en pan de azúcar, en trigono, sus salientes, sus hundimientos. Se usará para todo esto de la inspección, palpación y mensuración con la cinta y el compás.

En la cara se estudiará su asimetría, su prognatismo, el ángulo facial. Se usará el compás de espesor de ramas rectas y el goniómetro facial mediano oblicuo, ó la doble escuadra.

En las orejas su simetría, su implantación irregular, el tubérculo de Darwin en el borde de la hélice, la existencia de tres piés ó de uno sólo, en vez de dos, al nivel de la antehélice, la proeminencia, la adherencia del lóbulo.

En los ojos se notará la disposición de las órbitas, la saliente de los arcos supraciliares, el desarrollo anormal de la conjuntiva formando un tercer párpado, la exoftalmía el anoftalmos, la ausencia del iris, la corectopía, la polioria, la acoria, la persistencia de la membrana pupilar, el albinismo, el estrabismo, el nistagmus, la estrechez del campo visual, el daltonismo.

La nariz podrá estar desviada, el tabique ausente, las fosas obliteradas.

En la boca: se verá si los labios están hipertrofiados, ó atrofiados, en ectropión, ó en labio leporino; la bóveda palatina si es asimétrica, excavada, fisurada; el velo del paladar si desviado, dividido, la úvula bifida; la lengua desviada, temblorosa, con cicatrices, atrofiada; los dientes se averiguará si han sido precoces ó tardíos, si han persistido los de leche y cuando han aparecido los del juicio; se comprobará la fórmula dentaria normal, según la cual en cada medio arco se encuentran dos incisivos, un canino, dos pequeños molares y tres grandes, notando sus variaciones; se verá la dirección—anteversión, retroversión—el volumen—enanos ó gigantes—la forma—acanaladuras, sisuras, dientes de Hutchinson—el sitio—heterotopia dentaria.

En la articulación de la palabra se notará el tartamudismo, el mutismo, con ó sin sordera, la voz infantil.

En el examen exterior del tronco se advertirá el enanismo, el gigantismo, las desviaciones de la columna.

La polidactilia, la sindactilia, la braquidactilia, se buscarán en las extremidades.

Las glándulas mamarias pueden estar muy desarrolladas en el hombre (ginecomastos), faltar en la mujer, ó ser más de dos.

En los órganos genitales: el pene puede presentar desviaciones en forma, tamaño, dirección, fimosis, epispadias, hipospadias; los testículos ocultos—criptorquidia—haber uno solo—monorquidia—ó ausencia completa—anorquidia; en la mujer: atresia vaginal, ausencia ó atrofia del útero, mala conformación de los grandes ó pequeños labios, del clítoris, del himen.

Como reglas generales al buscar estas anomalías debe sentarse la de no concluir desde luego en la degeneración, porque se halla tal ó cual desviación del tipo normal, sino darles cierta jerarquía, por haber unas más significativas que otras—la sindactilia ó el hermafroditismo lo son más que la adherencia del lóbulo de la oreja—fijarse en el número de los signos degenerativos, porque su acumulación es muy importante y saber si no son una manifestación de la raza, de anomalía en el desarrollo, de afección congénita ó de causa accidental (traumatismo, higiene defectuosa).

México, Abril 29 de 1903.

JESÚS GONZÁLEZ URUEÑA.