

Estigmas psíquicos y somáticos de degeneración

Los estigmas son las manifestaciones objetivas y subjetivas de las anomalías en el dominio psíquico. Desde hace mucho tiempo se ha querido vincular ciertos caracteres fisiológicos con la mentalidad de los sujetos, pero sin que estos estudios hayan aportado nada á la Psicología Anormal, por cuanto los estudiosos que esto intentaron siguieron sendas no siempre acertadas para encontrar el verdadero filón y llegar á las conclusiones más racionales. Se nota, además, en los trabajos de esta índole la ausencia de un concepto claro de los estigmas de degeneración y su relativo valor.

Entre los primeros trabajos deben citarse los de Aristóteles, que establecían que las particularidades físicas correspondían á caracteres morales é intelectuales; eran para él, los signos reveladores de la personalidad. Las teorías de las ciencias fisonómicas fueron la base de los estudios sucesivos de esta naturaleza y que han llegado á constituir hoy el de los estigmas de la degeneración mental. En nuestros tiempos algunos psicólogos ampliaron los conceptos de Aristóteles y abordaron este asunto. Los estigmas somáticos se han llevado hoy por hoy demasiado lejos, dándoles una importancia superior á la que realmente tienen. De una manera más directa y enérgica influyen las manifestaciones psíquicas sobre la mentalidad, mientras que los casos en que las anomalías responden á estigmas fisiológicos tienen que presentar un buen número de éstos reunidos, y aún muchas veces á una cantidad considerable de estigmas somáticos, no responde una inferioridad mental. El criterio de los psicopatólogos, en lo que se refiere á estigmas somáticos, no es uniforme; así los criminólogos consideran una serie de estigmas y los psiquiatras se esfuerzan en reducirlos más y más, no pudiéndose entonces constatar, ni interpretar de una manera clara conclusiones respecto á su valor, como puede verse en los estudios hechos por Morel.

La degeneración física puede ser adquirida ó congénita; cuando es adquirida acompaña ordinariamente á perturbaciones nerviosas ó mentales y se traduce por desviaciones de la nutrición, como ser: delgadez extrema ú obesidad desproporcionada. Entre las degeneraciones físicas adquiridas se encuentran las monstruosidades fetales,

la asimetría y deformación de ciertos órganos. Desde el punto de vista filogenético se establecen como signos de degeneración:

- 1º El desarrollo excesivo del órgano (hipertrofia).
- 2º La falta de desarrollo (atrofia).

Los estigmas de degeneración craneana más admitidos son: Microcefalia, Macrocefalia, la dolicocefalia y braquicefalia exageradas, la plagiocéfalia, escafocefalia.

La *Microcefalia* responde á la detención del aumento de volumen cerebral y capacidad craneana, en un período anterior á la edad adulta, que es cuando normalmente este proceso debe detenerse. La verdadera causa que produce la microcefalia es la paralización del desarrollo cerebral, no obedeciendo éste á la falta de desarrollo de las paredes óseas que lo envuelven, producido por sinostosis prematuras de suturas y fontanelas.

Vemos entonces, que existe un paralelismo entre el crecimiento del cerebro y el craneano, y por lo tanto detenido uno de los procesos ocurre lo mismo con el otro simultáneamente, pero nunca obedeciendo uno al otro. La causa de la microcefalia reside, pues, en el cerebro, pero no en el cráneo. Entre los microcéfalos se ha establecido una diferenciación atendiendo á las capacidades craneanas; tenemos así los microcéfalos puros de 500 cms.³ ó volumen inferior, y los semimicrocéfalos de 1000 á 1200 cm.³, siendo ya en este caso bastante próximo á lo normal. El índice cefálico más general de los microcéfalos es dolicocéfalo. Para concepuar la microcefalia como estigma de degeneración, es preciso tener en cuenta los diámetros craneanos y la circunferencia horizontal más abierta y cuando esta última es menor de 480 mm. en el hombre y 475 mm. en la mujer, puede considerarse al sujeto como microcéfalo.

Otro estigma del cráneo dijimos, era la *Macrocefalia*, que puede presentarse con ó sin hidrocefalia. Es una deformación puramente étnica. Son macrocéfalos ciertos pueblos cuyos antecesores tenían por costumbre deformar sus cráneos por medio de compresas, resultando así que por la herencia, se fué transmitiendo la deformación, quedando la frente inclinada hacia atrás y los parietales unidos formando una cima al juntarse con el occipital que sube con una ligera inclinación. La evolución del encéfalo tiende á aumentar el volumen de los lóbulos frontales por el ejercicio continuado de elaboraciones mentales superiores. Por esto la *frente fuyente* puede considerarse como signo de degeneración; porque aumentando el tamaño de los lóbulos frontales se impulsa á los frontales á disminuir la inclinación y por lo tanto los cráneos con frente fuyente producen al hombre de épocas remotas; cuando la inclinación es más acentuada, reproduciría al hombre cuaternario y cuanto menos *fuyente* fuera el frontal, se irá aproximando al de nuestro época. Tanto la braquicefalia como la dolicocefalia exageradas son consideradas como signos de degeneración. Se considerarían como tales todos aquellos cráneos que se alejan notablemente del normal. La clasificación de ultrabraquicéfalo ó dolicocéfalo es relativa porque debe tenerse en cuenta si los sujetos pertenecen á razas mesaticéfalas ó braquicéfalas. El cráneo normal presenta una forma más ó

menos aproximada á la esférica; en los casos en que fuera oblicuo y algo ovalado se clasificaría como plagiocéfalo, que se distingue por su asimetría; y en los que su diámetro-antero-posterior y el transversal máximo no se cortan perpendicularmente, como en los braquicéfalos ó dolicocefalos normales. Estos cráneos ofrecen depresiones compensadas en el lado opuesto por una salencia. La causa productora es la sinostosis de las suturas transversales sobre todo de la coronal, pero de un solo lado.

Otros casos son: la acrocefalia, que tiene por causa la sinostosis de la sutura coronal y sagital; la escafocefalia, la oxycefalia, trigonocéfalia, naticéfalia, etc., etc. No me detendré á considerar estos estigmas somáticos, mencionados últimamente, porque su importancia es casi nula. Solo he entrado á las consideraciones de la microcefalia, por ser la de más importancia entre las tratadas hasta ahora.

Otros signos físicos de degeneración que tienen tanta importancia como la microcefalia, salvo raras excepciones, son: el nanismo y el gigantismo. En la talla encontramos dos extremos: el nanismo y el gigantismo. Al querer explicar estos fenómenos se ha llegado á suponer que el primero representaría á las etapas más ó menos lejanas de las edades pasadas, porque es un hecho comprobado que la talla ha ido poco á poco aumentando. Ahora, entonces, los casos del segundo representarán también etapas más ó menos lejanas pero de la evolución futura. Como se ha visto, el sistema óseo puede ofrecer una infinidad de perturbaciones; puede hipertrofiarse, atrofiarse. Cuando la hipertrofia ósea se generaliza se denomina gigantismo. En el gigantismo óseo, que ha sido bien estudiado por Brissaud, Mige, Launois y Roy, los individuos presentan un desarrollo anormal de la talla: 2 m. á 2.80 ms. y además se reúnen un sinnúmero de anomalías patológicas y teratológicas. Entre estas anomalías tenemos un grado notable de infantilismo de la mentalidad; rostro juvenil, ausencia de cabello y ausencia de la soldura de las apófisis.

En otros casos, cuando ofrecen caracteres acromegálicos, tienen enormes manos y pies, mandíbula inferior prominente. En éstos se ha constatado que la silla turca ofrece un tamaño muy superior al normal y una hipertrofia de la glándula pituitaria, por lo que Brissaud y Mige han llegado á inferir que este órgano debe tener por función presidir el crecimiento del sistema óseo, y que por su hipertrofia en el gigantismo, los huesos tienen consistencia cartilaginosa porque el proceso de osificación completa no se efectúa. Hay aún una tercera categoría de gigantismo, aquella en la que el sujeto reúne los caracteres de las dos ya mencionadas, es decir, los atributos del infantilismo y acromegalia. La mentalidad de éstos está notablemente disminuída y son de una debilidad de espíritu extrema; la memoria, la voluntad y la sensibilidad se caracterizan por su pobreza.

La acromegalia se caracteriza por un notable desarrollo de las extremidades del tronco (manos, pies, cara) y por una cyfoescoliosis dorsal. Los dedos se hipertrofian en largo y espesor; los huesos

de la cara son los que alcanzan un crecimiento notable. La frente es abombada, los arcos de las órbitas prominentes, la mandíbula inferior enorme con prognatismo, la nariz aplastada. Por la radiografía, Bectère ha descubierto un espesor irregular en las paredes craneanas, un gran volumen de los lóbulos craneanos, y alargamiento de la silla turca. A la cyfoescoliosis se agrega la hipertrofia del esternón, las clavículas, costillas y cartílagos correspondientes. El mismo Bectère ha observado que por el crecimiento de la glándula pituitaria se producen todos los signos de un tumor en la parte inferior del cerebro, que repercuten en alteraciones motoras oculares y en un sinnúmero de otras perturbaciones.

El vanismo es debido á la insuficiencia funcional del cuerpo tiroide, ya debido á degeneración ó á falta de éste.

La degeneración de la glándula tiroide es debida á la naturaleza de las aguas que se consumen; por eso podemos decir que el cretinismo es una degeneración endémica. Así, en Alemania, podemos citar una infinidad de comarcas pobladas por cretinos enanos, como la Selva Negra, el Valle del Necker, las riberas del Maine y del Danubio Superior.

En Austria también abundan, y en 1890 se contaban 15.671 cretinos. Italia, Suiza y Francia presentan buen porcentaje de cretinos. Estos nacen en las mismas condiciones que los normales, sin ofrecer nada patológico en su esqueleto; pero al llegar á los 5 años el crecimiento de la talla se detiene bruscamente y no pasa mucho más de 0.60 m., alcanzando raramente á 1 m. 50. El desarrollo en espesor de los huesos es como en el normal, pero en el sentido del largo es muy retardado, aunque esto no tiene ninguna analogía con el raquitismo, pues el nanismo no presenta como aquél deformaciones óseas. El desarrollo intelectual puede alcanzar un grado superior cuando el desarrollo físico no se ha detenido notablemente. Según su inteligencia puede hacerse entre éstos una gradación que comprende 3 grupos: 1º Cretinos de tipo infantil que como los idiotas no alcanzan más evolución mental que la de un niño de dos á tres años; 2º Cretinos idiotas desprovistos de toda actividad mental con talla de enanos susceptibles de cultura mental; 3º Cretinoides, que en cuanto á talla son enanos como los cretinos pero son perfectibles intelectualmente. Otro estigma aunque no de tanta importancia, es el prognatismo pronunciado. Para tomar en cuenta el prognatismo como estigma, hay que determinar previamente la raza á que pertenece el sujeto estudiado, porque en cada raza el ángulo maxilar varía; así se tiene para los blancos, un término medio, 160º para la mujer y 165º para el hombre; en las razas amarillas 154º y en los negros 138º 8' para la mujer y 147º 5' para el hombre. Este estigma tiene valor porque coincide generalmente con la microcefalia que es, puede decirse, el estigma de mayor importancia y el único que tiene importancia aún aisladamente. Cuando el prognatismo no acompaña á la microcefalia no tiene valor como signo de degeneración. La diferenciación sexual en el rostro más ó menos marcada determinan también caracteres diversos en la mentalidad; esto se comprueba entre los indígenas y algunos

pueblos poco civilizados, entre los cuales no se distinguen diferencias sexuales fisonómicas mientras que en los cultos no se manifiesta de de la misma manera. Entre los pueblos civilizados la mujer conserva distintos rasgos fisonómicos y su epidermis más delicada, porque las costumbres establecen que ella quede en el hogar, mientras el hombre es el que se encarga de las faenas y ocupaciones diferentes para proporcionarse medios de subsistencia para los suyos. Esta actividad constante desarrolla sus facultades, ganando con el ejercicio á la inteligencia masculina, mientras que las costumbres no le exijan á la mujer que ponga en juego sus facultades, como al hombre, el grado de su inteligencia será inferior. Es por esta razón, que entre los pueblos cultos encontramos diferencias fisonómicas y á la vez de mentalidad entre los dos sexos y ocurre á la inversa con los semi-salvajes y salvajes. Ahora bien, el rostro afeminado en el hombre y varonil en la mujer solo tiene valor al considerar las colectividades; pero sería nulo como estigma con muy raras excepciones, en casos aislados. Tenemos también estigmas en las extremidades que por ser de escasa importancia nos reduciremos solamente á enumerar los principales sin entrar en mayores detalles, son éstos: pié y manos planas, polydactilia, sindactilia, uñas chatas ó acanaladas, en forma de garras y ausencia de éstas. Entre ellas, la polydactilia como la sindactilia son de las más comunes. Dentro de la polydactilia hay una gradación; el dedo suplementario puede considerarse como una excrecencia latural, ó ser un dedo rudimentario; en otros casos el dedo suplementario tiene un metatarsiano ó metacarpiano adherido al dedo que suplementan, y en otro grado se presenta el metacarpiano ó metatarsiano también, pero no ya adheridos. En la sindactilia el número de piezas óseas de las manos y pies es menor que el normal porque las falanges se sinostosan. En lo que se refiere á las uñas los estigmas son: uña acanalada y encorvada hacia abajo, simulando garra, la ausencia de éstas, la detención del crecimiento que puede ser debida á traumatismo. En casos de hemiplegia el tejido de las uñas es delgado. Pierret ha observado que gran número de individuos alienados presentaban en las uñas de las cuatro extremidades un surco transversal que aparecía por lo general en la segunda ó tercer semana de la perturbación mental. Como el crecimiento de las uñas en las extremidades superiores se efectúa con más rapidez que en las anteriores, en aquéllas va desapareciendo poco á poco mientras que en las otras se pierde con dificultad. Ciertos degenerados se las comen, y otros como los paralíticos generales, dementes precoces, melancólicos, se las arrancan sin el menor dolor, lo que demuestra que son casos de anestesia. Pasaremos ahora á los estigmas que ofrecen los órganos de los sentidos. En el ojo encontramos anomalías en el globo y los párpados, estigmas que ofrecen muchos degenerados.

En algunos casos la coroides se divide en dos partes por una división congénita: es á esto lo que se denomina coloboma.

La asimetría de la coloración en el iris, las manchas en el iris, las pupilas excéntricas, pupilas ovales, albinismo y ceguera congénita son los estigmas más importantes que ofrece el ojo. La ceguera

congénita es el más importante y significativo de todos los estigmas físicos que tienen valor aisladamente. Las pupilas son de un mismo tamaño en los dos ojos; pero hay casos en que una sea más pequeña aunque no tenga parálisis alguna; este estigma es el que se denomina desigualdad pupilar, común en el tabes, en los paralíticos generales y con mucha frecuencia en los vesánicos; M. de Montyel afirma que en el 33 % de sus observaciones sobre vesánicos acusa este signo. Jorge Blin ha tenido ocasión de observarlo entre los dementes precoces con mucha frecuencia también. La midriásis ó báuscula, en la que ya una pupila ó ya la otra, se dilatan, es de origen espasmódico y provocada por una excitación del simpático cervical y se nota á menudo en la alienación mental y en los alcoholistas.

Reichardt, autor alemán, sostiene que en solo dos casos se encuentra la inmovilidad pupilar y congénita, siendo uno entre los imbéciles, y el otro entre los idiotas. La asimetría en la coloración, desligada de las perturbaciones fisiológicas, es raro hallarla en los casos de sífilis, y en cambio es común en los enfermos de tabes y en los paralíticos generales. M. Mignot y Montyel han observado la asimetría en los vesánicos alcohólicos crónicos y en la catatonía. Nombraremos como fenómenos fisiológicos en el ojo exoftalmia y endoftalmia que dependen de la saliencia ó entrada exagerada del globo del ojo, relacionada con las órbitas. La exoftalmia cuando está asociada con el bocio y la taquicardia, etc., constituye el mal de Basedow ó bocio exoftálmico. En estas afecciones es más acentuada durante los paroxismos. La taquicardia simple da fácilmente á la exoftalmia. Durante el curso del mal de Basedow, la saliencia del globo ocular á menudo está acompañada por el signo de Graefe, que consiste en un defecto de sinergia, entre los movimientos del párpado superior y los del globo del ojo, y además concurre en este período el signo de Stellwag, ó alargamiento de la abertura parpebral y cierre incompleto de los ojos. Ciertos sujetos presentan exoftalmia sin el mal de Basedow, considerándola, entonces, como un estigma de degeneración psíquica. En muy raros casos, la exoftalmia se presenta intermitentemente y se produce entonces á voluntad cuando el sujeto baja la cabeza.

Los autores están de acuerdo en reconocer, como causa de este fenómeno particular, la presencia de un tumor venoso de la órbita, en comunicación con la circulación venosa, intracraneana. El hundimiento del globo ocular, es decir la enoftalmia, tiene por causa una lesión destructiva del simpático cervical. Esta lesión unida á la miosis y caída del párpado superior (ptosis) y algunas perturbaciones vaso-motrices (que dan por resultado un color rojo al cutis del pómulo y oreja del lado correspondiente al ojo), constituyen en conjunto el síndrome del simpático cervical, según el Dr. H. Dufour. Nombramos al principio como estigmas al albinismo, el que es debido á la falta de pigmento en la retina, aunque éste se presenta como un hecho aislado de explicación obscura que se transmite en todos los casos por vía de herencia, como también la ceguera congénita. La ceguera congénita es estigma muy común en el idiotismo, así del 71 al 8 % de los sujetos de ceguera congénita son idiotas.

En las orejas encontramos grandes deformaciones. Al hacer examen de los estigmas es necesario notar su implantación, su desarrollo reducido ó muy exagerado y la manera como se enrosca el hélix.

En la parte postera-superior del hélix existe un tubérculo, el tubérculo de Darwin, que en la oreja de cercopiteco se halla el limbo superior terminada en punta. La oreja de cercopiteco es aquella que el hélix es rudimentaria y la ranura es apenas perceptible, quedando, por lo tanto, el hélix y anti-hélix en un mismo plano. Tipo opuesto al de cercopiteco es la de Morel, en la que el hélix se repliega. En la oreja de Wildermuth, el desarrollo del hélix es reducido, pero en compensación el anti-hélix es más desarrollado que lo normal, ofreciendo una prominencia.

Los tipos de oreja de Wildermuth son excepcionales, manifestándose con más generalidad las de cercopiteco y siendo raras las de Morel. La forma de oreja que particularmente puede considerarse como estigma de degeneración es la enasa, echada hacia adelante, y cuyo pabellón tiene una posición más ó menos perpendicular al cráneo, con una inserción relativamente pequeña pero fuerte. En la oreja normal el lóbulo no debe ser ni muy corto ni muy largo, ni adherirse en su parte inferior. Cuando el lóbulo se halla adherido es un carácter de degeneración y será tanto mayor cuanto más rudimentario y más adherente sea el lóbulo. Citaremos después de conocer los estigmas de la oreja y ojos, los de la boca, la que puede tener estigmas tales como: paladar ojival, campanilla bífida, labio leporino, fauces de lobo, etc.

No nos detendremos en un examen detenido de cada uno, por cuanto su importancia es escasa y sus consecuencias nulas. El paladar ojival debe su conformación al escaso desarrollo de las mandíbulas en el sentido del ancho y en cambio un notable crecimiento del largo, formando así una cavidad bucal larga y angosta con un techo más elevado que el normal y en forma de ojiva. El labio leporino es estigma por el cual el labio superior deja una distancia del inferior haciendo ver los incisivos de la encía superior. Los estigmas de los dientes se relacionan, en la época de su aparición y renovación, con su implantación, ausencia de algunos y con su tamaño, que puede ser, ó muy pequeño ó excesivamente grande. En cuanto á su aparición, los dientes pueden hacerlo muy temprano ó á una época muy tardía de la normal; estos dientes después de los 7 años se renuevan y si este cambio dentario no se efectúa, y los dientes persisten hasta mucho después, se conceptúa el caso como estigma de degeneración, por la persistencia de los dientes de leche.

La implantación defectuosa respecto á los incisivos y caninos, es cuestión más aparente que real, pues no se trata verdaderamente de una implantación irregular, sino de que un incisivo afecte la forma de un canino. Los casos de implantación irregular serían la modificación en la colocación de los molares y premolares, que son bastante raros.

Cuando la fórmula dentaria no coincide con la que se ha estable-

cido en el hombre, que es, para media mandíbula $\frac{2}{2}$ i, $\frac{1}{1}$ c, $\frac{5}{5}$ m. ($\frac{2}{2}$ fr. m, $\frac{3}{3}$ post. m), porque en alguna de las mandíbulas aparecen dientes que la modifiquen, se denominan á estos dientes supernumerarios. Con el mismo criterio que á estos dientes se aprecian á los que aparecen en el paladar. Los molares humanos son tetragonodontes y sus coronas terminan en cuatro puntas, aunque hay casos que son solo tres; tenemos entonces la trigonodontia, estigma que tiene valor real, combinado, como generalmente sucede, con el paladar ojival. La caída de los dientes precedida de la carie es frecuente entre los enfermos del tabes. Las deformaciones dentarias (trigonodontia) y los defectos de implantación son comunes entre los degenerados como también la ausencia de incisivos y el microdentismo, como hemos podido comprobarlo entre los asilados de Melchor Romero. Los surcos transversales en mayor ó menor número, sobre todo en los incisivos y caninos, se observa en los epilépticos y niños atacados de convulsiones.

Trataremos ahora los estigmas cutáneos que tienen por causa alteraciones del sistema nervioso, ó comenzaremos por los que se refieren á la coloración de los tegumentos, por pigmentación anormal. El color momentáneo que puede tener la piel, palidez, rubor y color violáceo se produce, como sabemos, por la vaso-contracción ó la vaso-dilatación subdividida bajo la influencia de los nervios vaso-motores. Por otro mecanismo se produce la coloración normal. Esta es el resultado de una hiperpigmentación ó de una depigmentación. La hiperpigmentación que el Dr. Dufour denomina melanodermis, que no es más que la melanosis, se halla en diferentes estados nerviosos; puede ser generalizada, más ó menos pronunciada, afectar de preferencia las partes descubiertas y aquellas que normalmente son más pigmentadas. En estos últimos tiempos se ha hecho jugar al simpático un rol patogénico importante en la hiperpigmentación cutánea.

Muchos autores han culpado á lesiones del simpático, la destrucción de las cápsulas suprarenales para explicar la coloración negra ó de mulato que son síntomas capitales de la enfermedad de Addison. Darier ha llamado la atención sobre el paralelismo que existe entre el desarrollo de pequeños tumores cutáneos pigmentados y la presencia de un cáncer abdominal que irrita los flexos del gran simpático. J. Darier, Brissaud y Souques, ven en la distribución y aspecto particular que reviste la sífilis pigmentaria, razones justas para invocar la intervención del sistema nervioso, periférico ó simpático. M. Peré ha señalado el hecho de que la melanosis á los pechos se asocia casi siempre á los estigmas del seno histérico. Se ha visto también que los párpados toman un color profundamente oscuro en la enfermedad de Basedow. En fin, todos los psiquiatras han constatado la melanodermis pronunciada en la faz de los melancólicos profundos y que ofrecen crisis de ansiedad.

La decoloración cutánea ó depigmentación (*ria*) se denomina también acromia; puede obedecer á causas traumáticas ó á afecciones nerviosas. La acromia traumática es común en los epilépticos, quie-

nes se golpean fuertemente sin sentir dolor en el momento del ataque. En algunas enfermedades la piel se decolora con zonas distintas que pueden ocupar una superficie más ó menos extendida en forma de manchas ó de grandes bandas que se destacan por su blancura del resto de la piel, porque muchas veces contigua á la zona decolorada se halla una hiperpigmentada. Esta decoloración es de naturaleza puramente nerviosa y es muy frecuente hallarla en el mal de Basedow, en los atacados de sífilis y en los tabéticos que ofrecen el signo de Argyll-Robertson. En otros estigmas de la piel tenemos la herpes y zona. La herpes es una erupción de la piel constituida por vesículas redondeadas y reunidas por grupos en partes rojizas de la piel. Por ruptura de estas vesículas, en un período más adelantado, se forma una especie de ulceración. Estos mismos caracteres ofrece el zona con la diferencia de ser mucho más doloroso aún, y constituirse en forma de placas más numerosas sobre las que nacen las vesículas y la de no ocupar más que la mitad del cuerpo, localizándose además en el trayecto de una ó varias raíces nerviosas, salvo raras excepciones. El zona se encuentra en los parálticos generales y en el comienzo del tabes. Las ulceraciones del zona pueden hacerse gangrenosas; los dolores pueden durarle al atacado durante años, y llegan por su persistencia á sumir al sujeto en la neurastenia ó morfínomanía.

Algunos zonas tienen una distribución radiada, otros son limitados por el tronco en bandas paralelas y horizontales. Acerca de su topografía se han preocupado sobre todo Brissaud y Déjerine. La ictiosis consiste en una descamación incesante que da el aspecto de la piel escamosa del pez. Este estigma es á menudo hereditario y aparece poco tiempo después del nacimiento, observándose en el tabes y en las paraplegias. La esclerodemia es un endurecimiento más ó menos extendido de la piel que comienza por hormigueo, calambres y dolores, sobre todo en una forma difusa. Comienza por manchas y bandas, y la esclerosis se forma por la reunión de estos conjuntos diseminados. Estas placas pueden ser decoloradas, ligeramente pigmentadas ú oscuras; según el lugar en que se localice, ésta presenta distintos caracteres. En otros estigmas somáticos tenemos la polimastia, ginecomastia y las verrugas.

La polimastia puede ser tanto del hombre como de la mujer; cuando la mama suplementaria es una sola, se presenta del lado izquierdo, cuando son más, tienen una disposición simétrica unas con respecto á las otras. La ginecomastia es un estigma en el que el hombre ofrece mamas desarrolladas como la mujer, estigma que puede considerarse de retroceso. Los estigmas de degeneración en el cabello, pueden ser la hipertrichosis, cejas irregularmente colocadas, doble remolino, ausencia del vello, canicie y calvicie precoz. Al desarrollo exagerado del sistema piloso, y á las anomalías de la localización del cabello se denomina hipertrichosis. Por esto, según Ecker, se distinguen tres grupos de hipertrichosis: 1º hipertrichosis por irritación; 2º hipertrichosis por error de lugar; 3º hipertrichosis general. La hipertrichosis da á la piel el aspecto de piel de perro, el crecimiento exuberante del vello en lugares que nor-

malmente no se presenta y la barba en la mujer, son casos de hipertrichosis por error de lugar; casos de hipertrichosis más comunes que la hipertrichosis general.

En los paraplégicos los pelos sufren alteraciones nutritivas consistentes en adelgazamiento, friabilidad y á veces crecimiento ó bien caída total. En algunos las perturbaciones pueden provocar una picazón intensa que termina por el arranque de los cabellos, tricomanía de Besnier. En cuanto á la alopecia ó caída del cabello se ha querido atribuirle diferentes causas, lo que ha dado lugar á discusiones. Considerada como parasitaria y contagiosa en una época pasada, hoy se la conceptúa exclusivamente nerviosa. Una especie de alopecia es la pelada del cuero cabelludo ó de la barba, constituida por placas redondeadas, blancas y lisas, que puedan ser más ó menos nerviosas. La caída de los cabellos puede extenderse á toda la cabeza, á toda la barba y á todos los pelos de la piel, llamándose entonces pelada generalizada. Los cabellos entonces se secan y se atrofian, adelgazan y desflecan y basta tirar con poca fuerza para arrancar de la placa una cantidad de ellos. En lo que se refiere á la canicie y calvicie precoz puede muy poco decirse, hasta los casos de éstas han obedecido á transmisiones por vía de herencia. Los cabellos pueden emblanquecer súbitamente después de grandes emociones, ó neuralgias faciales ó jaquecas. Se observa también la canicie entre los alienados por pérdida rápida del pigmento capilar. Otros estigmas de menor importancia son: el doble remolino en la región frontral y la ausencia de vello. El doble remolino en la región del obelión ó en otras partes de la cabeza, se atribuye á desviación de la distribución topográfica del cabello, estigma de poca importancia. Más valor tiene el doble remolino en la frente, siendo muy frecuente hallarlo entre la serie de estigmas que ofrecían muchos de los alienados que vimos en nuestra visita al manicomio de Melchor Romero. En muchos casos, en vez de dos se halla un solo remolino, coincidiendo con el metopión, ó entre el metopión y el bregma; cuando son dos los remolinos se hallan á cada lado de la línea media, siguiendo dirección inversa; cuando el remolino es uno se halla en la línea media, y con raras excepciones se encuentra á un lado de ésta. La ausencia del vello es el estigma opuesto á la hipertrichosis; es pues de evolución superior; se conceptúa como estigma cuando hay ausencia del vello en los lugares donde normalmente crece, tales como el pecho y las extremidades en el hombre, siendo escaso en la mujer. No ahondaré más el tema de estigmas somáticos y concluiré sin abundar en más detalles por ser de importancia relativa como estigmas aislados y pasaremos á los estigmas psíquicos, cuyo valor es superior. Por ser asuntos de otras monografías, las fobias, impulsiones, manías y obsesiones, mis consideraciones no serán más que á grandes rasgos que determinarán sobre todo, las características de cada uno de estos estigmas. Los estigmas psíquicos que conoceremos primero por ser más fáciles de distinguir serán las fobias, que se traducen por un estado de ansiedad y angustia sin delirio, en el que el

sujeto es llevado por una fuerza á alimentar ese estado consciente en que se halla. El sujeto comprende que no hay motivo para tal temor ó angustia, sin embargo, él toma precauciones para contrarrestar el peligro que supone existe. Cuando la fobia se refiere á cualquier cosa indiferente se denomina panofobia y cuando se especializa en algún objeto determinado, se llama monofobia. En la panofobia todas las cosas se asocian para formar ideas que ocasionen angustias al sujeto, y el panofóbico se caracteriza por la angustia de ansiedad. Las monofobias son múltiples y se caracterizan por el mismo estado de ansiedad de las anteriores pero que solo es producida mediante determinadas impresiones que llegan siempre del exterior. Estas fobias ó represiones instintivas personales, son conocidas también con el nombre de idiosincracias. Las fobias mórbidas han sido distinguidas de las sistemáticas, se desarrollan tardíamente y sujetas á numerosas intermitencias. M. Kegix las divide en tres grupos: 1º fobias de objetos; 2º de los lugares, elementos, enfermedades y la muerte; 3º de seres vivientes. Entre las fobias de objetos tenemos las fobias á los metales ú objetos que pueden ser peligrosos como los cuchillos, tijeras, fósforos, venenos, etc.; estas diversas fobias toman diferentes nombres, según el objeto causa de la angustia. Así se clasifican en metalofobias, temor á los metales; rupofobia, horror á la suciedad; temor á los venenos, toxicofobia; bacillo-microfobia, temor á los microbios; hematofobia, horror á la sangre; cinofobia, fobia á los perros, etc. Algunos patólogos como Jolly han encontrado muy ocioso y pretencioso el designar á cada fobia con un nombre especial y las agrupa á todas bajo la denominación de estados ansiosos. El segundo grupo de fobias era el de las que se refieren á lugares; entre las que son más vulgares: la agorafobia, miedo á las plazas públicas; la dinofobia, temor al vértigo; el sujeto en este caso no puede pasar por un sitio baldío sin experimentar al pensarlo, una impresión de vértigo, tiembla, vacila, palidece, siente náuseas y fuertes latidos de corazón. Según Westphal, esta fobia se caracteriza por las palpitaciones, el temblor y la marcha vacilante, con la flojedad en las piernas en el caso de que el sujeto se haya visto en la necesidad de atravesar el lugar. Esta angustia puede disminuir si la persona encuentra otra que la acompaña ó divise algún ser ó carruaje próximo al lugar. El vértigo de las alturas, ó terror de las alturas es debido sobre todo á la asociación del lugar al peligro y entonces se pierde la serenidad, se marea y cae. Estas fobias son experimentadas por lo general por neurasténicos é histéricos. A este mismo grupo de fobias se agrega la claustrofobia, miedo á los sitios estrechos y cerrados, solo cesa cuando se sale al aire libre; la cremnofobia, horror á los precipicios; acrofobia, miedo á las cimas. Entre las fobias de elementos tenemos la acrofobia, miedo al viento; la hidrofobia, miedo al agua; la pirofobia, miedo al fuego; la geofobia, miedo á la tierra; mictofobia, miedo á la obscuridad experimentada sobre todo por los niños; entre otras, miedo á los relámpagos, truenos, montañas, etc., etc.

Tenemos además las fobias de las enfermedades y de la muerte,

á las que Morselli llama morfofobias que emprenden distintas fobias; la fobia de los cabellos, tricofobia; fobias del sueño, de la alimentación y la respiración. Citaremos las fobias á las enfermedades; la del sudor, ehidrofobia; la fobia á la palabra, logofobia; de la escritura, grafofobia; la fobia á las enfermedades cutáneas, dermatofobias; á la sífilis, la sifilofobia, y otras en las que se tiene horror á la rabia, enfermedades del pulmón, corazón, las que se denominan lisofobia y tanathofobias. Otras hay en las que el sujeto no puede permanecer sentado; en cuanto toma esta posición comienza á sudar y á sentir palpitaciones, síntomas que desaparecen en cuanto se levanta, fobia que se llama kathisofobia. Entra también entre estas fobias la estasobasofobia de Bouveret, Deboire y Bouulloche, que no es más que la disbasia emotiva ó la (*distancia*) disbasia abúlica. Charcot ha dado gran importancia á esta fobia; como su nombre lo indica, consiste en la dificultad ó la imposibilidad de marchar ó tenerse en pié sin que este fenómeno tenga relación alguna con lesión paralítica alguna ó muscular. La angustia es constante y la marcha del sujeto insegura. Según M. Saiton ella puede revestir uno de los cuatro tipos siguientes: tipo paralítico, tipo cerebeloso, tipo espasmódico y tipo atáxico. Entre las nosofobias tenemos como muy importantes las nosofobias hipocondríacas que son características de los neurasténicos, y que pueden ser: gastro-intestinal, cardíaca, tuberculosa, medular, genital, etc.

En la tercera variedad de las fobias incluimos las fobias de los seres vivientes. Estas son: las grofobias, fobias á los animales que se clasifican en distintas fobias, según cual sea el animal que cause horror; las fobias á las muchedumbres, olofobias; fobia á la mujer, ginecofobia; fobia al hombre, antropofobia. Las fobias son estados que no podemos decir sean exclusivas de determinados casos psicopáticos, pues es común encontrarlas en un gran número de psicosis. Es un estado, á la vez psíquico, que se manifiesta por la ansiedad, y físico por la angustia; la ansiedad de la fobia es una emoción desagradable que se experimenta, y la angustia ó sea la manifestación física se traduce por fenómenos extramentales como: agitación, sensación de molestia, opresión á la garganta y en la región abdominal; exceso ó disminución de las secreciones salival y cutánea, y palpitaciones del corazón.

La perturbación mental comienza por el fastidio y sigue por gradaciones hasta la inquietud, de la tristeza á la melancolía y luego al terror profundo; en este último estado las ideas alucinatorias, las de la muerte, temor ó deseo de morir, forman un conjunto confuso. La perturbación física comienza por la inestabilidad, la necesidad de cambio de lugar, posición, etc.; movimientos de las piernas, temblores, todo lo que termina en una excitación motriz desordenada, con necesidad de caminar, gesticular, llorar, gritar ó gemir, etc., necesidades que varían según la fobia. Al mismo tiempo se siente también sensación de sofocación, compresión del epigástrico, pesos en el pecho, sudor, palidez ó enrojecimiento de la cara, etc., estado al que se denomina trac. El estado angustioso de las fobias no es, ni un delirio ni una alucinación precisamente; podemos decir que este

estado tiene algo del delirio y de la alucinación. Otro de los signos psíquicos reveladores de perturbación mental, son las impulsiones que consisten en una tendencia irresistible de satisfacer cualquier deseo. La impulsión patológica es un síndrome mórbido caracterizado por una acción ó serie de acciones ejecutadas por un sujeto lúcido y consciente sin intervención de la voluntad, estado en que la impotencia volitiva se manifiesta por una angustia y un sufrimiento moral intenso. Las impulsiones pueden ser de orden muy diverso, como también los estados de conciencia que ellas ofrecen. Aceptaremos por ahora las divisiones establecidas por Pitres y Regis: *a*) Impulsiones epilépticas de cuyas actos no queda ningún recuerdo; *b*) Impulsiones de melancolía, estupor, parálisis, general de cuyo estado se tiene conciencia en el momento de la impulsión; *c*) Las impulsiones delirantes con alucinaciones, en cuyo caso la conciencia es completa, pero las consecuencias del acto no se pueden apreciar; *d*) Las impulsiones morales de la locura é histéricas, en las que la conciencia está intacta pero el estado moral del sujeto le impide resistir á la impulsión; *e*) Las impulsiones generales, en las que el estado de conciencia está intacto y el impulsivo lucha todo lo que puede para impedir la realización.

La impulsión puede ejecutarse en distintas modalidades: puede ser rápida en su ejecución intermitente y repetirse bajo la misma forma. Cuando las impulsiones son conscientes dejan el recuerdo del acto y la descarga se produce inmediatamente después de la ejecución. Morselli ha distribuido en otra forma las categorías de impulsiones, considerando como tales á muchas de las que llamamos con más propiedad, manías.

A continuación podemos ver la clasificación de Morselli: 1º Impulsiones á gestos, tics; 2º Impulsiones á actos ridículos; 3º Impulsiones á actos estúpidos y extravagantes; 4º Impulsiones á actos groseros y repugnantes; 5º Impulsiones ambulatorias; 6º Impulsiones al robo; 7º Impulsiones eróticas; 8º Impulsiones de destrucción; 9º Impulsiones de actos de incendio; 10º Impulsiones de violencia contra sí mismo; 11º Impulsiones de violencia contra otros; 12º Impulsiones á intoxicarse.

Vemos que más lógica y sintética es la distribución de Pitres y Regis, porque para dividir las en grupos es más atinado y simple hacerlo considerando los estados de conciencia que presentan, puesto que puede un estado ser común en muchas impulsiones á deseos diversos. La distribución de Morselli no se completaría nunca porque habría que agregar tantas clases de impulsiones como deseos pueden manifestarse en el individuo. De las impulsiones más importantes del cuadro de Morselli, tenemos la impulsión al robo, cleptomanía; á beber, dipsomanía; las sexuales, de intoxicación y al homicidio. La piromanía ó impulsión al incendio es muy común entre los imbeciles é idiotas. La impulsión á la fuga es una impulsión consciente y común entre degenerados que recorren distancias enormes y cambian de países sin razón; común es también entre los epilépticos y los histéricos, con la sola diferencia de que el histérico en el estado hipnótico puede reconstituir el recuerdo de la fuga, lo que es imposible

en el epiléptico. La dromomanía se manifiesta en muchas formas diversas, impulsiones que no son verdaderas formas de la dromomanía. Tenemos los ambulantes simples, el vago que es el tipo perfecto del dromómano. En el primer período de la parálisis general se siente un desplazamiento general y necesidad de viajar con frecuencia, lo que se clasifica como forma de la dromomanía.

Entre los alcoholistas crónicos y en la demencia hebefrénica hay tendencia á huir; pero en el primero no es con propiedad, dromomanía la impulsión, sino que son actos que obedecen al terror que despiertan las alucinaciones de los alcoholistas. Para terminar la dromomanía citaremos el automatismo ambulatorio de Charcot, por el que la persona no puede establecerse en un lugar fijo, siente la necesidad de andar de un lugar para otro. Obedeciendo á impulsiones, introduce en su organismo sustancias tóxicas con detrimento de su salud, no pudiendo sustraerse á esta necesidad orgánica porque su debilidad voluntaria lo ha hecho esclavo del hábito. Estos tóxicos son en casi todos los casos el alcohol, la morfina, el opio, la cocaína, el éter, cloral, cloroformo, el haschich, etc. Estas impulsiones pueden tener cuatro períodos diferentes: 1º el de la necesidad, señalado por un malestar general y depresión, que desaparecen con la introducción del tóxico; 2º la lucha entre la necesidad imperiosa y la conciencia que el sujeto tiene del mal que se hace, cediendo al deseo; 3º el pasaje del deseo al acto, momento en que desaparecen todos los malestares y angustias; 4º período que señala el de las reacciones orgánicas de los tóxicos ingeridos. De estas impulsiones tóxicas las más importantes son la dipsomanía y la morfomanía. Por no corresponder á mi tema, no me detendré á considerar las perversiones que producen los venenos que absorben los dipsómanos, cocainómanos, etc., pero podemos decir que ya de una manera episódica ó continua presentan casos de bulimia, potomanía, etc., y concluyen en la generalidad de los casos con la degeneración mental, histeria. Respecto á los móviles que impulsan á la cleptomanía, no todos opinan de la misma manera. Morel y Lazègue no están de acuerdo con la teoría que sostiene que la cleptomanía es una necesidad delirante é impulsiva. Muchos otros y sobre todo M. Magnan sostienen que la cleptomanía ó accesos paroxísticos es muy rara. Para comprobarlo han demostrado que esta propensión al robo no se ejerce más que sobre cierta categoría de objetos, por lo que es necesario admitir entonces, que hay en esta elección más que una impulsión, una debilidad del sentido moral que cede delante de un objeto de predilección. No debemos, por esto, confundir el ladrón con el cleptómano, el primero es normal, el segundo es inconsciente. Los psiquiatras han establecido la cleptomanía en cinco estados patológicos: la histeria, epilepsia, neurastenia, desequilibrados y obsesionados. Los cleptómanos pueden agruparse en tres categorías: *a*) Los de impulsión mórbida, cuando se tiene conciencia de ésta; *b*) cuando se tiene conciencia desde que se ejecuta el acto; *c*) cuando no hay conciencia alguna. Al primer grupo pertenecen los mono-ípolicoleccionistas. En el primer período el cleptómano tiene semi-conciencia de sus

actos, pero cuando ya llega á la época más avanzada estos se realizan en completa inconsciencia. La impulsión al suicidio es más común en el hombre que en la mujer. Hay ciertas épocas en que adquiere más intensidad y decrece luego en la vejez. Las estadísticas demuestran que los suicidios son más frecuentes en la pubertad, y en la mujer entre los 15 y 25 años. Comparando la condición social de los suicidas se deduce que ella ejerce gran influencia, porque la cifra de suicidas pobres es superior á la de los ricos. Esto último tiene valor relativo, porque debemos tener en cuenta que la cifra de pobres es superior á la de los pudientes. El proceso de esta impulsión tiene distintas características; puede ser á proceso lento y á proceso rápido. En el proceso lento la impulsión lucha con el pro y el contra durante largo tiempo hasta que por último se instala. La impulsión á proceso rápido no obedece á ninguna idea elaborada.

Las impulsiones al suicidio son propias de los melancólicos, las que son hereditarias. El suicidio existe en casi todas las psicosis, sobre todo, como se ha dicho, en la melancolía y además en el alcoholismo crónico y en el último período de la parálisis general. La histeria lleva al suicidio por impulsión rápida con el objeto de atraer sobre sí la atención, teoría sostenida por Legrand, du Saule, Taquet y Huchard; pero otros, como Pitres, sostienen que el suicidio en los histéricos obedece á un proceso lento de la impulsión. La mayoría de los autores están de acuerdo en caracterizar las tentativas de suicidios entre éstos, como hechos inestables é instantáneos. La impulsión al homicidio ha sido considerada de muy distinta manera; la escuela italiana, con Lombroso á la cabeza, sostiene que la criminalidad es una impulsión ó más bien una predisposición que el individuo trae desde la cuna, llegando á reconocer este instinto por tales ó cuales signos, lo que no puede aceptarse en absoluto, aunque está fuera de duda que el criminal es un anormal y degenerado tanto sentimental como mentalmente, como lo afirma Morel, Poyville y Magnan, y un degenerado en el que se desarrollan los instintos perversos ó egoístas. Tipo criminal impulsivo, son los criminales precoces que matan sin remordimientos y que multiplican el número de sus víctimas hasta caer en manos de la justicia. Aparte de estos impulsivos al crimen por ausencia de moralidad, tenemos estas mismas impulsiones entre los alienados que sufren persecuciones, los que matan en la convicción de que se hacen justicia; los idiotas, los imbéciles, los dementes seniles también matan por satisfacer deseos, mientras que es raro que el homicidio sea ejecutado por un melancólico. Una impulsión al homicidio puramente femenino es la que se realiza empleando el veneno como medio, procedimiento lento y directo que deleita al criminal observando los efectos, común en los degenerados histéricos. En la impulsión al juego, típica, hay amnesia completa, desaparece la afectividad, vínculos, etc., y desatiende sus deberes, obligaciones ordinarias, abandonan sus empleos, concluyendo por el juego como medio de vida. Otros juegan en épocas dadas sin abandonar por completo sus ocupaciones. La obsesión, según Pitres y Regis, es un síndrome mórbido,

caracterizado por la aparición involuntaria del sentimiento é ideas que se sobreponen al yo, y que evolucionan hasta constituir una disociación psíquica, llegando hasta el desdoblamiento consciente de la personalidad. El estado mental que las acompaña es la angustia y la ansiedad, aunque en ciertas obsesiones y fobias no es posible determinar un límite preciso; pero considerados en sus generalidades estos dos síndromas tienen sus particularidades. Este síntoma de la disgregación es, por tanto, el de la idea fija, que consiste en la persistencia de un grupo inmodificable y desapoderado de pensamientos y emociones, que merced á su aislamiento, á la gran dificultad de comunicaciones con la corriente general del pensamiento, se trueca en otro extraño é intenso de tal modo que alguna idea é imagen oprime la conciencia con intermitencia ó continuamente, pudiendo el enfermo discutir las produciéndole un estado de angustia, al no poder descartarlas. La obsesión puede manifestarse en distintos grados; puede atraer al centro de la conciencia un número infinito de ideas parásitas, elementos psíquicos que forman una especie de segunda personalidad, coexistiendo con la primera en un estado latente, pero en ciertos casos llega hasta apoderarse de ésta.

La otra forma está constituída por ideas que tienden á independizarse; pero esta rebelión se sofoca porque las influencias del medio, siempre en pugna, llegan á destruirlas por completo. Estas constituyen estados que podemos llamar familiares entre nosotros. Pocos espíritus pueden decir con sinceridad que se hallan completamente libres de la tendencia á ciertas formas de pensamiento de emoción, sobre las cuales no tenemos ninguna fuerza apropiada de gobierno. Si el sufrimiento que produce el no poder destruirlas pasa de la esfera ideativa para invadir la emocional, la obsesión aparece acompañada de la angustia, aunque la angustia no es primordial, es puramente secundaria. En cambio, en la fobia, la angustia es imprescindible; no hay fobia sin angustia, ambas son simultáneas. Otro carácter diferencial entre fobias y obsesiones es el origen de ambas. Las fobias casi siempre están ligadas á un reflejo, cuyo punto de partida está fuera del sujeto, mientras que los motores de las obsesiones son puramente internos. Pitres y Regis analizó y subdividió á las obsesiones, dando preferencia á las ideativas en las que la idea se impone, en todos los momentos, sobre todo en las horas de la mañana ó de la noche; estas ideas pueden ser de índole muy diversa tales, como religiosas, metafísicas, de escrúpulos, de culpabilidad, etc., acompañada, de dudas, interrogatorios internos ó excitaciones. En algunos casos estos sentimientos son completamente opuestos á los que ordinariamente ha manifestado el individuo, así como las obsesiones de ideas, de odio á personas amigas ó miembros de la familia, de horror á la vista ó recuerdo de algo. En otros casos las obsesiones nacen de necesidades absurdas, como la de enumerar ó contar lo que vea, aritomanía, la de pronunciar ciertas palabras, onomatomanía; ó de emplear términos obscenos, coprobabilia. En otros, las obsesiones no son de naturaleza puramente ideativa, y se manifiestan un tanto im-

pulsivas motrices por la necesidad intelectual de hacer ciertos gestos ó movimientos, aunque el pasaje al acto no se verifique.

M. Seglas sostiene que en las obsesiones, la persona pierde la noción exacta de la conciencia, es por esta causa que se produce el desdoblamiento de la personalidad que se observa en algunos casos.

Fabret, alienista notable, ha hecho estudios sobre las obsesiones y sus distintos grados en los diversos períodos de la alienación. Observa que las obsesiones de duda, sobre ideas, ya de índole metafísica, religiosa ó de escrúpulos, son las que se manifiestan con las primeras perturbaciones mentales. La duda invade al individuo y éste siente una necesidad continua de verificación, comprobación ó de interiorizar á otros, ó á sí mismo; pero su espíritu no queda satisfecho. Esta incertidumbre puede versar sobre la creación del mundo y sus elementos, es entonces, la duda metafísica; la duda puede referirse á algo más concreto, entonces como la comprobación es posible, la obsesión es pasajera. Entre otra índole de obsesiones, tenemos la obsesión del rubor, conocida también con el nombre ereutofabia, aunque es propiamente una obsesión.

El rubor cuando es legítimo, producido por una emoción que resiente, no preocupa mayormente; pero cuando se produce sin causa emocional, y sobre todo cuando su aparición puede hacer que otros supongan en uno estados emocionales que no experimenta, llega á hacerse una obsesión debido al temor que siente el individuo de no enrojecer; aunque en estos fenómenos la obsesión es secundaria porque la emotividad y la reacción vaso-motora son las causas primordiales. En otras formas de obsesiones ésta se materializa y la idea emocional se transforma en sensación exteriorizada, teniendo así obsesiones alucinatorias como las denomina Pitres y Régis. Hay obsesiones como las de los estados melancólicos, de los delirios sistemáticos y confusiones mentales que pueden llegar á degenerar en el delirio propiamente dicho. Las obsesiones traen consigo estados inhibitorios ó abúlicos; sujetos de crisis de obsesiones intermitentes pueden perfectamente leer, escribir y ocuparse de los distintos quehaceres en los momentos de normalidad, pero cuando la obsesión sobreviene no podrían escribir, caminar, articular, etc. Las fobias unidas á las obsesiones constituyen las perversiones morales comunes en los neurasténicos, siendo frecuentes en los grados diversos de esta afección: la astenia é hiperastenia.

Otro de los síntomas que hallaremos entre los síndromas mentales de la psicopatología, son las manías. La manía simple comprende dos signos fundamentales: huída de las ideas con perturbación de la atención y la euforia con irritabilidad y como reacción las impulsiones y la agitación motriz. En casos de perturbaciones mentales más profundas acompañan á estos síntomas, ideas de grandeza, raras alucinaciones y numerosas ilusiones, siendo llamada entonces manía delirante. Todas las modalidades de las manías y la melancolía, han sido agrupadas por Kräpelin bajo el término de locura maníaca depresiva, en la que los síntomas emocionales ya alegres ó tristes constituyen el síntoma capital de la enfermedad.

Esta clasificación de Kräpelin demuestra que la melancolía y la manía son dos faces de una misma enfermedad, que se suceden por accesos aislados, alternados ó coexistentes. Quedan aún entre otros estigmas psíquicos importantes las anomalías de la palabra, las alucinaciones, ilusiones, perversiones sexuales, hábitos viciosos, mentira contumaz, etc. Tomaremos entre las anomalías de la palabra la afasia; el afásico ha perdido el poder de expresar sus ideas ó de interpretar las de los demás.

Hay distintas clases de afasia. Son éstas: *a)* La afasia amnésica; *b)* La afasia motriz; *c)* La afasia gráfica ó agrafia; *d)* Las afasias sensoriales; (sordera verbal, ceguera verbal). *e)* Las parafrasis. La afasia consiste en una amnesia de las palabras que se necesitan para la expresión del pensamiento. Estos pueden comprender todo lo que leen y resolver con criterio los asuntos que tengan que dilucidar. M. Pitres hace notar que nunca los sujetos ofrecen la amnésica sola y que á menudo se asocia á las otras especies de afasias, aunque otros autores han sostenido la independencia de esta especie de afasia. La afasia motriz ó afemia consiste en no poder reproducir los sonidos que evocan las ideas ó los objetos, en este caso se halla perturbado el lenguaje motriz. Esta afasia puede ser transitoria ó permanente y puede aparecer brusca ó progresivamente asociada ó no á las otras afasias. Estos afásicos al final ya pierden la facultad de repetir las palabras que oyen, pero todavía la pueden reconocer más ó menos fácilmente cuando la oyen ó ven. Algunos pueden recitar pero mecánicamente; pueden cantar y pronunciar palabras que no son de su vocabulario. El afásico motor puede leer en la primera época de la afemia, pero lo hace mal; ya más adelante no lo puede hacer en alta voz. Esta forma de afasia encierra dos variedades: la que hemos considerado afasia cortical, y la sub-cortical ó afasia motriz pura de Déjerine. Ella difiere de la primera en que en esta última variedad la noción de la palabra existe, pero nunca puede ser transmitida á las vías motrices de la emisión. La característica diferencial de estas dos formas consiste en que en la afasia motriz cortical no se conserva el lenguaje motriz interior y en la afasia sub-cortical el lenguaje interior se conserva pero no se puede exteriorizar.

La agrafia consiste en la imposibilidad de escribir, llamada por Charcot afasia de la mano. Puede ser total ó parcial. Algunos, como Déjerine, por ej., admitían la agrafia ligada ya á la ceguera verbal ó ya á la afasia motriz. El agráfico comprende la palabra, la puede repetir, leer, decir, pero no la puede escribir ni al dictado, ni copiándola. Las afasias sensoriales comprenden la sordera y ceguera verbal. La sordera verbal es una perturbación por la que el enfermo percibe los sonidos de las palabras pero no puede darles su significado. Los que tienen sordera verbal no comprenden nada de lo que se les dice, y si á veces entienden es debido á la mímica de sus interlocutores ó porque han retenido el significado de un corto número de palabras usuales cuando la sordera verbal no es completa. Los ataques de sordera verbal

simple pueden hablar más ó menos bien, leer mentalmente y escribir espontáneamente, pero casi siempre tienen perturbaciones en la escritura, lo que indica que la lesión que produce la alteración es extendida.

Un caso de sordera verbal pudimos conocer entre los alienados de Melchor Romero en nuestra última excursión. El loco contestaba á los que le interrogaban incoherentemente y aún respondía cuando lo que se le interrogaba fuera algo estrambótico expresado en términos imaginados, lo que demuestra que él no reconoce las palabras porque no puede darles significado. La ceguera verbal implica la imposibilidad de comprender los signos de la escritura. Hay dos variedades en esta perturbación: la ceguera verbal cortical y la sub-cortical ó pura, clasificación hecha por Déjerine. En la primera, el enfermo no reconoce nada de lo que vé escrito, distingue solo algunas palabras; este sujeto puede escribir pero no puede saber si lo que expresa por escrito es lo que piensa. La ceguera sub-cortical deja intactas las representaciones mentales de las palabras escritas, el sujeto no puede leer; escribe espontáneamente al dictado pero copia servilmente lo que está en letra manuscrita en manuscrita, lo impreso en impreso. Los afásicos puros son raros en clínica psicopatológica, el tipo afásico es generalmente complejo. Las parafasias consisten en la falta de correspondencia entre el pensamiento y la enunciación, debido á que hay poca ó ninguna concentración de la atención de la idea; pero ésta se fija en la elaboración mental de la frase. El lenguaje de trasmisión es objeto de otras perturbaciones que por ser de importancia las mencionaré; ellas pueden referirse al fondo y á la forma del lenguaje y se denominan dislogias. Las dislalias presentan una graduación infinita entre la que tenemos la *ecolalia* que consiste en emplear á menudo la misma palabra, muy común en las enfermedades mentales, *logorrea* se llama á la sucesión de palabras aunque sean incoherentes, la *inhibición* de la palabra, que no debe confundirse con el mutismo histérico; en esta perturbación el individuo es incapaz de hablar; casos frecuentes se hallan en la demencia catatónica; otra vez la inhibición se produce por logofobia (temor á la palabra). La incoherencia y caos verbal se produce por neologismo, caso típico el loco «Buenos Aires», que hemos visto en Melchor Romero. Del fondo de la conversación de éste es imposible entresacar una idea; solo podría emitirla por azar.

En lo que se refiere á la forma, tenemos la intercalación de palabras en el lenguaje, *muletilla Noologismo sinoro* común en los paranoicos, hay exageración de glosolalia; el individuo habla en 3ª persona, aún tratándose de sí mismo, porque se cree otra persona. Tenemos en este grupo una forma que no es propia de los dementes, se observa en los niños en las canciones populares y sobre todo en los juegos infantiles, es una forma del simbolismo auditivo, es ésta la glosolalia. Se pueden también referir al énfasis, entonces tenemos la verbigeración; leer títulos con exageración. La animia con contraste de expresión, es decir, llora cuando debe reír y ríe diciendo cosas tristes, común en las demencias ebefrénicas. La lalomania consiste en usar lenguaje intemperante, la ambrofasia consiste en decir las cosas

con expresión angustiosa y pausadamente; la ecofasia propia de la demencia catatónica consiste en la repetición del lenguaje que oyen; la embolalia, intercalar palabras sin significado en el discurso, se distingue entre los niños en cierta época; la coprolalia es la intercalación frecuente de palabras obscenas en el lenguaje.

Con las alteraciones mencionadas quedan comprendidas las más importantes perturbaciones del lenguaje; tomaremos luego otros estigmas psíquicos que determinan degeneraciones mentales notables. Las perversiones sexuales son estigmas de degeneración avanzada, las perversiones pueden referirse á perversiones de sentido genital ó perversiones que denominaremos atentados á las costumbres. Son frecuentes estos estigmas psíquicos entre los idiotas, en el período inicial de la parálisis general, demencia precoz, demencia senil, en la manía, en la excitación maniaca y también en la neurastenia; estos estigmas se encuentran disminuidos ó suprimidos. Los autores han clasificado estas perversiones en grupos, considerando las gradaciones diversas. El *onanismo* común entre los degenerados, los idiotas, los imbéciles y los cretinos y algunas veces en los neurasténicos.

La mayoría de los autores divide las perversiones en cinco categorías; *a)* Exhibicionismo; *b)* Fetichismo; *c)* Sadismo; *d)* Masochismo; *e)* Uranismo.

El exhibicionismo se manifiesta en los alienados imbéciles, idiotas, paralíticos, alcoholistas crónicos. Este como el fetichismo, sadismo y masochismo son perversiones sexuales en distintas manifestaciones. El uranismo consiste en la repulsión más ó menos pronunciada hacia los individuos del sexo opuesto y una inclinación muy acentuada para las personas del mismo sexo. Es común en la degeneración simple, en la locura periódica, la epilepsia, la parálisis general y la demencia senil. Los atentados al pudor no son propiamente signos patológicos, pero acompañan á menudo á los estados clínicos que hemos mencionado sobre todo al exhibicionismo. Las perturbaciones de la percepción son otros estigmas psíquicos importantes; entre éstas las alucinaciones é ilusiones. Las alucinaciones, según Ball, son percepciones en ausencia del objeto. Esquirol ha ampliado con mucha propiedad la definición de Ball, diciendo: « Un sujeto que tiene la convicción íntima de una percepción actual, sin que ningún objeto exterior la excite, no está en el proceso de la percepción sino en un estado de alucinación ».

Podemos dividir á estos tres estados en tres grupos:

a) Alucinaciones sensoriales: auditivas, visuales, gustativas, olfativas, táctiles.

b) Alucinaciones cenestésicas: orfínicas, autoscópicas.

c) Alucinaciones motrices: motrices puras, motrices verbales.

Las alucinaciones son en casi todos los casos, inconscientes; son ellas las que producen las perturbaciones de elaboración intelectual en casi todas las perturbaciones mentales y como todas las percepciones son falsas, las ideas se desvían del tipo normal. Entre las alucinaciones sensoriales están las auditivas. Estas pueden consistir en la percepción de ruidos confusos, zumbidos ó murmullos; esta clase de alucinaciones toma el nombre de alucinaciones elemen-

tales. Estas tienen caracteres diferenciales, según qué ruido sea el que distingue el alucinado. Otra especie de alucinaciones auditivas son las verbales; entonces el sujeto distingue voces, únicas, múltiples, bajas ó altas, que reconoce ó no. Las voces se dirigen directamente al enfermo; en raros casos son afables y prodigan valor; casi siempre son injuriosas, irónicas ó imperativas. Solo los maniáticos oyen voces que no los atemorizan, ellas los aconsejan y animan. En otros como en los melancólicos son acusadoras é impulsan al suicidio. Entre los que padecen del delirio de las persecuciones, las alucinaciones auditivas juegan un rol muy importante; ellos creen reconocer sus voces, atribuyéndolas á personas objetos de su odio, por quienes se creen perseguidas. Estas son percibidas en ausencia de los sujetos á menos que no se asocien con las visuales. Estas alucinaciones no son permanentes; sufren momentos de detención; cuando son constantes toman una forma especial como ser la del *eco del pensamiento*. El alucinado oye lo que va á decir antes de hablar y cree que le roban las ideas. Las alucinaciones pueden ser bilaterales pero diferentes en cada oído, caso de alucinación doble, según Magnan; ó bien alucinaciones unilaterales antagónicas de M. Seglas. En estos casos el sujeto oye voces amigas por un oído y por el otro voces enemigas. Hay también alucinaciones auditivas conscientes aunque son raras y por lo general unilaterales. Muchos autores han considerado las alucinaciones auditivas unilaterales, entre ellos, M. Régis, M. Toulouse, y M. Jouffroy. Las alucinaciones visuales, como las precedentes, pueden ser elementales que consisten en: luces, chispas, puntos luminosos, ó bien como en casos más frecuentes imágenes diversas. Las alucinaciones visuales son las más terribles de todas; se encuentran entre los delirantes agudos febriles, los intoxicados por el alcohol, en los histéricos, epilépticos y en el delirio de los degenerados. Las alucinaciones visuales que tienen los niños nerviosos no son verdaderamente tales, son más bien terrores infundidos por los cuentos ó historias oídas, ó también imputables al atavismo; este estado se denomina terror nocturno. La noche y el sueño son las condiciones mejores para la producción de alucinaciones visuales. Los alcoholistas con la sola oclusión de los párpados, ven aparecer gran número de estas alucinaciones. Las alucinaciones visuales como las auditivas, también pueden ser unilaterales cuando no interesan más que la mitad del campo visual de cada ojo. Entre esta especie de alucinaciones podemos también incluir la audición coloreada que consiste en la aparición de percepciones visuales provocadas por los sonidos, percepciones que varían con las diferentes letras, con las diversas palabras y aún hasta con diferentes sonidos. Las alucinaciones del gusto y del olfato son menos comunes que las anteriores, sobre todo las del gusto. Ocurre en los maníacos á veces, que sostienen que en la comida se ha introducido alguna sustancia que jamás han probado; en este caso tienen una perversión gustativa y una alucinación del olfato puesto que nunca han podido apreciar aquel gusto ni sentido el olor que ellos creen reconocer. En general, los olores y sabores que perciben los alucinados son desagradables é infecciosos. Fre-

cuentes son estas alucinaciones entre los melancólicos y en los delirios de persecución. Las alucinaciones táctiles casi siempre se acompañan de alucinaciones visuales. Son comunes entre los alcoholistas, los histéricos y los hipnotizados. En el curso de los delirios tóxicos ó de persecución el alucinado percibe sensaciones táctiles falsas, tales como quemazón, cosquillas ó picazón, contactos, corrientes eléctricas, en la piel. Las alucinaciones cenestésicas, como hemos dicho, podían ser orgánicas y autoscópicas. Las alucinaciones orgánicas son producidas por una sensación anormal en los órganos. Esta puede ser la que acompaña á los delirios hipocondríacos, de persecución, negación, etc., en los que se encuentran los tipos siguientes: sensaciones de órganos (estómago por ej.); cargados de materias inertes, ausencia de órganos, presencia de cuerpos extraños animados ó no, tales como serpientes, personas, etc., que luchan en el órgano del alucinado.

Las alucinaciones autoscópicas han sido denominadas de distintas maneras por los diversos psicopatólogos que las han estudiado. Estos se refieren á sujetos que tienen la visión de su propia figura, siendo común más que en ningún otro caso entre los histéricos. Casi siempre ocurren estas alucinaciones en horas determinadas, tales como la caída de la tarde ó la noche. Esta clase de alucinaciones responde á fenómenos muy complejos en los que entran tantos elementos de lo que no es posible darse cuenta en una simple reacción alucinatoria. Este estado se acompaña de una anestesia general y de un desdoblamiento de la personalidad. La representación autoscópica puede ser interna; así, algunos histéricos, dice Comar, tienen la facultad de representarse, durante la hipnosis, sus órganos internos y así pueden conocer en este estado hasta su estructura celular. Poco se puede decir de estas alucinaciones por su naturaleza complicada y la poca frecuencia con que se presentan.

Quedan aún para considerar las alucinaciones motrices, que habíamos dividido en motrices puras y verbales, siguiendo la clasificación de la mayoría de los psicopatólogos. Las alucinaciones motrices puras son las que solamente dan al sujeto una sensación confusa de movimiento. El alucinado juega un papel pasivo, él es objeto de golpes, choques, empujones, etc. En caso de amputados refieren que sienten mover la extremidad cortada; estos fenómenos son conocidos con el nombre de alucinaciones ó ilusiones de amputados. Cuando el enfermo en la alucinación se ve obligado á ejecutar movimientos tales como saltos ó corridas, la alucinación se activa. Las alucinaciones motrices verbales ú orales han sido estudiadas y descritas especialmente por Séglas. En las alucinaciones motrices orales entran un gran número de hechos que son más propios de las ilusiones que de las alucinaciones. En ellas el sujeto percibe voces interiores en una parte de su cuerpo; estas voces hacen mover su lengua ó su vientre en otros casos sin que el alucinado pueda impedirlo. M. Séglas describe tres formas en estas alucinaciones:

a.) La alucinación verbal kinestésica simple en la que el enfermo solo oye palabras.

b) La alucinación motriz propiamente dicha con movimientos de articulaciones en la boca, lengua ó labios.

c) La alucinación verbal impulsiva, en que la palabra es netamente articulada. Cuando los movimientos se traducen en escritura en vez de palabras la alucinación se llama alucinación verbal gráfica.

En general, las alucinaciones son comunes en el delirio crónico de persecución, se las encuentra igualmente en un gran número de estados nerviosos, orgánicos ó puramente nerviosos. El alucinado responde á sus alucinaciones, escucha su voz, se responde, se enoja con los perseguidores que se agitan en su cuerpo, retrocede asustado ante las visiones terroríficas é intenta muchas veces contra su vida ó la de otros que son causa de sus desgracias, obedeciendo siempre á las alucinaciones. Las ilusiones difieren de las alucinaciones en que éstas están suscitadas por una cosa real que da lugar á una interpretación errónea. Para la alucinación solo basta haber experimentado la percepción anteriormente, no puede haber experimentación de alucinaciones, de percepciones que no conozcamos.

Así un ciego no podrá tener nunca alucinaciones visivas, ni un sordo auditivas, etc.

En las ilusiones hay muchos casos que no tienen carácter patológico pero su repetición y su persistencia á pesar de pruebas materiales y ciertas, constituyen entonces un estado mórbido. En la ilusión á diferencia de la alucinación, el sujeto ilusionado duda de la realidad de la percepción que recibe de suerte que la persona presa de una ilusión está en un estado de incertidumbre. La conciencia se opone más á recibir las ilusiones que las alucinaciones, por cuanto está menos perturbada cuando tiene ilusiones que cuando está alucinada.

Entre las alucinaciones é ilusiones, sobre todo entre las primeras, es necesario señalar las ilusiones psíquicas de Baillarger ó falsas alucinaciones de Michea, Hagen, Kandińsky y Hope. Ellas no se imponen como reales al sujeto, y la conciencia las devuelve por ser falsas percepciones. Carecen pues del carácter de exterioridad, cualidad típica que les asigna Baillarger. Janet cita un caso de pseudo-alucinación. Un joven en su gabinete de estudio percibe delante de sí una pared que reconoce ser de uno de los patios del Liceo que frecuenta. A pesar de estar convencido de la alucinación al caminar por la habitación lo hace como si encontrara los obstáculos que hay en el patio; podemos decir que el caso es más bien una ilusión que una alucinación. Entre las ilusiones más comunes tenemos las ilusiones de falso reconocimiento, estudiadas por Arnaud, Leroy, Grasset, Ballet y Janet, comunes en las confusiones mentales, la psicosis, la polineuritis, los neurasténicos y entre los epilépticos al final de su acceso. Las ilusiones entre los neurasténicos van acompañadas de angustia, mientras que los delirantes no experimentan angustia alguna.

Todas estas taras psíquicas que hemos mencionado en la segunda parte de nuestro trabajo son las que determinan, como hemos podido

ver, los estados de degeneración mental, la idiotez, imbecilidad y el histerismo, los que implican perversiones del carácter y de la inteligencia.

Como se deduce y por lo que hemos podido observar, influyen más directamente que muchos de los estigmas somáticos.

MARÍA RACHOU.