AÑO 1907 N° 1749

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

EXAMEN MORFOLÓGICO DEL ALIENADO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

MANUEL R. MOLINA

Ex interno del Hospital Nacional de Alienadas

"LA CIENCIA MÉDICA"

Librería y Casa Editora de ARSENIO GUIDI BUFFARINI

CALLE CÓRDOBA 2080

BUENOS AIRES

1907

EXAMEN MORFOLÓGICO

DEL

ALIENADO

AÑO 1907 N° 1749

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

EXAMEN MORFOLÓGICO DEL ALIENADO

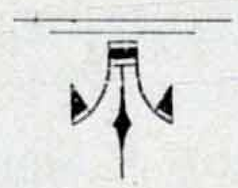
TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

MANUEL R. MOLINA

Ex interno del Hospital Nacional de Alienadas



"LA CIENCIA MÉDICA"

Librería y Casa Editora de ARSENIO GUIDI BUFFARINI

CALLE CÓRDOBA 2080

BUENOS AIRES

1907

Art. 162 del Reglamento de la Facultad.—La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tesis.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. Eliseo Cantón

Vice Decano

Dr. D. José Penna

Consejeros

Dr. D. Eufemio Uballes (con licen.)
» » Pedro N. Arata
» » Roberto Wernicke
» » Pedro Lagleyze
» » José Penna
» » Luis Güemes
» » Eliseo Cantón
» » Enrique Bazterrica
» » Antonio C. Gandolfo
» » José M. Ramos Mejía
» » Juan A. Boeri (supl.)
» » Baldomero Sommer
» » Gregorio Aráoz Alfaro
» » Abel Ayerza
» » José R. Semprun
» » Jaime R. Costa

Secretarios

Dr. D. Ricardo S. Gomez (Escuela de Medicina)
» » Jonás Larguía (Consejo Directivo)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica	Dr. PEDRO LACAVERA
Física Médica	» JAIME R. COSTA
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histología Teórico-práctica	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	*Vacante*
Anatomía Descriptiva	» JUAN D. PIÑERO
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI (con licencia)
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» OBDULIO HERNANDEZ
Medicina Operatoria	» ADALBERTO RAMAUGÉ (con lic.)
Clínica Ginecológica.	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
» Dermatológica y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSÉ M. RAMOS MEJIA
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE (con lic.)
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica	ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica	IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Patología General	» ROBERTO WERNICKE
Clínica Médica	» ABEL AYERZA
» Genito-urinaria	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	Dr. D. JUAN GREENWAY
Física Médica	» JUAN JOSÉ GALIANO
Química Médica	*Vacante*
Botánica Médica	» *Vacante*
Química Biológica	*Vacante*
Histología teórico-práctica	» JULIO G. FERNÁNDEZ
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN L. FIGUEROA
Semiología y ejercicios clínicos	MANUEL A. SANTAS
Anatomía Topográfica	*Vacante*
Fisiología General y Humana	» MARIANO ALURRALDE
Anatomía Patológica	» JOSÉ BADÍA (en ejer.)
Bacteriología	» JUAN CARLOS DELFINO LEOPOLDO URIARTE
Higiene Pública y Privada	*Vacante*
Materia Médica y Terapéutica	*Vacante*
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE (en ejer.)
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE JOSÉ F. MOLINARI
» Oto-rino-laringológica	» WENCESLAO TELLO ELISEO V. SEGURA
» Dermatológica y Sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Patología externa	» CÁRLOS ROBERTSON
» interna.	*Vacante*
Clínica Oftalmológica	» TEÓFILO A. MORET ENRIQUE DE MARÍA (en ejer.)
» Epidemiológica	*Vacante*
» Quirúrgica	» DANIEL J. CRANWELL AVELINO GUTIERREZ FRANCISCO LLOBET MARCELO VIÑAS MARCELINO HERRERA VEGAS
» Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES JOSÉ A. SEMPRUN
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	PATRICIO FLEMING RICARDO COLÓN LUIS AGOTE
Clínica Obstétrica	» ENRIQUE ZÁRATE ENRIQUE A. PARDO
Toxicología Experimental	*Vacante*
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
» Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
» Psiquiátrica	» BENJAMIN T. SOLARI JOSÉ T. BORDA
Patología General	» ALOIS BACHMANN

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología general, anatomía y fisiología comparada	Dr. ANGEL GALLARDO
Botánica y mineralogía	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognósia y posología razonada	» JUAN A. BOERI
Física farmacéutica	» JULIO J. GATTI
Química analítica y toxicológica (primer curso)	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica	» J. MANUEL IRÍZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéutica	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos Sustitutos
Zoología gen., anatomía y fisiología comparada	*Vacante*
Botánica y mineralogía	*Vacante*
Química inorgánica aplicada	*Vacante*
Farmacognósia y posología razonada	Sr. JUAN A. DOMINGUEZ
Química orgánica aplicada	*Vacante*
Física farmacéntica	*Vacante*
Química analítica y toxicológica (primer curso)	*Vacante*
Técnica farmacéutica	*Vacante*
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	*Vacante*
Higiene, legislación y ética farmacéntica	*Vacante*

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	Dr. F. VELARDE
Parto distócico y Clínica Obstétrica	

Asignaturas	Catedráticos Sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	Dr. MIGUEL Z. O' FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica	» SAMUEL GACHE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Anatomía, Fisiología, Patología	Dr. LEÓN PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal	» NICASIO ETCHEPAREBORDA

Asignaturas	Catedráticos Sustitutos
Anatomía, Fisiología, Patología	*Vacante*
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal	*Vacante*

PADRINO DE TESIS

DOCTOR DANIEL R. MOLINA

A LA MEMORIA DE MI PADRE

A MI MADRE

Y

A MIS HERMANAS

Señores consejeros:

Señores profesores;

Este modesto trabajo que para optar al honroso título de doctor en Medicina someto á vuestra indulgente apreciación, es el resultado de pacientes y continuadas observaciones durante mi largo internado en el Hospital Nacional de Alienadas.

He elegido para esta tesis un tema de gran importancia práctica por la eficaz ayuda que presta al diagnóstico, y hasta el pronóstico de cada forma de locura.

El estudio que emprendo es tan sólo fragmentario y parcial, por ser el examen morfológico del alienado un complemento que resuelve una sola faz del problema, y que necesariamente debe acompañarse por el estudio de los factores psíquicos, que constituye uno de los elementos principales para el estudio y clasificación del alienado.

No ignoro que adolece de muchas deficiencias y errores, pero debe tenerse muy en cuenta que las ob-

servaciones y deducciones que hago son el reflejo de conocimientos adquiridos en mi práctica de Manicomio durante el tiempo en que fuí estudiante.

Al retirarme para siempre de esta Facultad debo manifestar como deuda de gratitud, la expresión sincera de reconocimiento hacia los señores pro esores que fueron benévolos conmigo.

A mi hermano el doctor Daniel R. Molina, que como padrino me acompaña en esta tesis, y que en cualquier circunstancia y en todo momento ha sido mi guía y protector, la evidencia de entrañable cariño y agradecimiento eterno.

Un lugar preferido para el eminente Psíquiatra Director del Hospital Nacional de Alienadas, doctor Manuel T. Podestá que al honrarme con su amistad, me ha colmado de atenciones.

Al doctor Adolfo Valdés, de quien he sido practicante por mucho tiempo, mi sincero agradecimiento por sus manifestaciones de bondad.

Mi más profunda gratitud al doctor Lucas Ayarragaray, de quien he obtenido provechosa enseñanza que me ha permitido asimilar é interpretar una gran parte de las observaciones que se leerán en esta tesis.

CAPÍTULO I

CONSIDERACIONES PRELIMINARES

El que accidentalmente visite un Hospicio de Alienados con el convencimiento ya formado de ver un mundo nuevo, constituido por seres transformados en fieras, y de asistir á un espectáculo muy diferente del que nos brinda la vida habitual, se retirará grandemente sorprendido por no haber observado en ellos singularidades notables de aspecto, de conducta y de lenguaje, porque es de observar que la cólera y el furor constituye en los alienados un estado verdaderamente excepcional, que en otros tiempos eran síntomas característicos y que en la actualidad no existen debido al tratamiento científico, humano y racional.

El loco, el infortunado paciente que es excluído de la sociedad por ser inapto para vivir en comunidad, presenta al observador familiarizado por una larga práctica con esta clase de enfermos, cierto aspecto, cierta

actitud, cierta facies que impresiona desde el primer momento, y que á grandes rasgos trataré de bosquejar.

Desprovisto el alienado de ese barniz impuesto por la sociedad, y que tan bien oculta nuestro pensamiento, no puede disimular ni mucho menos ocultar sus pasiones, las cuales se imprimen, por así decirlo, en la fisonomía, de manera muy evidente en el momento en que se desencadenan.

Las cejas al contraerse reforzando ú obscureciendo la mirada y la expresión de la fisonomía; los ojos con su muda elocuencia, reflejando como en un espejo todo lo que en su interior pasa; la boca, verdadero centro de expresión por la variedad de movimientos que producen en los labios las diversas pasiones, y de una manera general el conjunto de las partes móviles de la cara expresan con sus múltiples alternativas la alegría, la tristeza, la indiferencia, el dolor, la satisfacción ó la cólera, y hasta el mismo timbre é intensidad de la voz expresando en el melancólico y algunos dementes, incertidumbre, confusión y falta de ideas, toma en el maniaco un carácter propio, adquiriendo todas las inflexiones del pensamiento.

El aspecto general, la actitud del alienado es tan bien determinada, que puede considerarse como una especie de lenguaje natural, encontrándose los gestos, la marcha, la manera de obrar y las distintas posicio-

nes en perfecto acuerdo con la variedad de trastorno intelectual.

En las afecciones que son del dominio de la Medicina general, el examen morfológico de los enfermos tiene poca importancia, en Psiquiatría ocurre todo lo contrario, porque no tan sólo es necesario referirse al diagnóstico de tal ó cual forma particular de alienación mental ó variedad de trastorno intelectual, sino que el mismo examen de las formas del cuerpo debe hacerse con toda minuciosidad, por cuanto él nos dará la clave de hechos en íntima relación con la afección mental.

Este examen somático tiene un valor indiscutible en esa categoría de enfermos englobados bajo la denominación de degenerados en cualquiera de sus distintas gradaciones; estudio que para ser completo debe comprender las anomalías de la conformación exterior, así como también la de los órganos internos con frecuencia interesados, pudiéndose entonces poner en evidencia la constancia y la uniformidad de las deformaciones físicas.

Las malformaciones observadas en ellos son muy numerosas, se las encuentra muy especialmente en los hereditarios ó en aquellos en donde las aptitudes neuropáticas han sido adquiridas antes de su completo desarrollo, desviándose del tipo anatómico y fisiológico normal de la especie, pudiendo atacar en el mismo individuo todos los órganos, todos los aparatos y traducién-

dose por anomalías y vicios de conformación de los más variados.

Para terminar con este capítulo, haré presente, que en medicina mental los estigmas físicos adquieren verdadera importancia y significado, únicamente cuando ellos van acompañados de estigmas psíquicos.

CAPÍTULO II

HABITUS EXTERIOR Y FACIES DE LOS PRINCIPALES TIPOS DE ALIENADOS

MANÍA AGUDA (fig. I)

Los enfermos comprendidos en esta variedad de locura, manifiestan necesidad imperiosa de actividad y movimiento; locuaces infatigables, gritan, cantan, corren, saltan, gesticulan, lloran, hacen gestos desordenados, y en estado perpetuo de excitación y movimiento, ninguna parte del cuerpo queda en reposo.

La fisonomía congestionada y vultuosa, tiene la movilidad del mercurio, movilidad continua y de cada instante, revelando el desorden de sus pensamientos, la incoherencia de sus ideas y la agitación de sus sentimientos; la mirada de una excesiva movilidad es vaga é incierta, no se fija ni detiene en ninguna parte.

Los movimientos se cumplen maquinalmente sin

que intervenga la reflexión y como consecuencia de las impulsiones que no cesan de atormentarlos; las mujeres desgreñadas, con los cabellos en desorden y semidesnudas, se las ve correr precipitadamente sin saber dónde ni por qué lo hacen.

Estos enfermos son desordenados, violentos y peligrosos, con tendencias verdaderamente ofensivas y con una confianza ilimitada de sus propias fuerzas, requieren un personal especial y vigilancia continua.

La impulsividad ó la tendencia á la impulsión, siendo una de las características del desequilibrio intelectual, se encuentra indistintamente en cualquier forma de manía, pudiendo presentarse como síntoma aislado y absolutamente independiente de las manifestaciones delirantes.

La impulsión criminal, manifestándose con extremada violencia, surge bruscamente en el loco homicida, adquiriendo capital importancia por la misma gravedad de sus consecuencias; es por esto que en los Asilos, á esta clase de enfermos, se les prohibe la lectura de relatos y la vista de cuadros que representen procesos criminales ó hechos de sangre, evitando así una causa poderosa que les haga recordar su fatal pasión.

Melancolía (figs. II y III)

La fisonomía del melancólico presenta una expresión que está siempre en relación con las ideas tristes que lo dominan: de temor, tristeza, desesperación, desconfianza ó pavor, lo que permite hacer el diagnóstico casi á la distancia.

En los *estupémanos* hay una especie de rigidez tetánica; con la cabeza fuertemente inclinada hacia el suelo, descansando sobre un hombro, ó bien llevada hacia atrás por contractura de los músculos de la nuca y no reaccionando á las excitaciones llegadas del medio ambiente, claro está que no se pruducen modificaciones expresivas en la fisonomía, siendo ella absolutamente negativa y en estado de reposo.

Inmovilizado por abulia en cualquier sitio que se le coloque, tiene los párpados cerrados, ó bien muy abiertos, dejando entonces ver los ojos fijos en un punto indeterminado, con pupila dilatada, no reaccionando ni aun bajo la influencia de la más enérgica excitación.

En estado semiletárgico las funciones orgánicas se cumplen difícilmente; la sensibilidad general está casi abolida y las extremidades frías y cianóticas, no hablan, no caminan, negándose hasta para comer y con

la misma inmovilidad de una estatua transcurren muchos meses y hasta indefinidamente.

En el *melancólico ansioso* la mirada inquieta é interrogadora, expresa temor ó sufrimiento y con una emotividad muy exaltada viven en estado perpetuo de aprensión; el temor en todos sus grados y con todos sus matices, la desconfianza llevada á límites extremos y los escrúpulos infundados, no cesando de atormentarlos, dan lugar á esa psiquialgia ó dolor moral que imprimiéndose en la fisonomía constituye la característica de estos enfermos.

Los movimientos lentos é indecisos indican falta de energía y voluntad; al caminar lo hacen de manera lenta y acompasada, arrastran los pies, separándolos del suelo con dificultad, temiendo siempre peligros imaginarios.

HISTERIA (fig. IV)

Al hablar de la histeria y teniendo en cuenta la índole de esta tesis, me limitaré tan sólo á sus manifestaciones motrices, pasando por alto las sensitivas, sensoriales, viscerales y psíquicas; sin embargo, antes de describir el ataque convulsivo que constituye el fenómeno esencial de la histeria, como síntoma y valor diagnóstico, describiré con algunos detalles el carácter de la histérica.

La histérica es, en el sentido más lato de la palabra, una excéntrica. De carácter fantástico, caprichoso, móvil en exceso, con una impresionabilidad moral efímera pasan bruscamente y sin transición de la alegría más ruidosa á verdaderas explosiones de llanto; sombrías, taciturnas, susceptibles é irascibles en ciertos momentos; amables, alegres y locuaces en otros, son siempre mentirosas é indóciles por sistema y desobedientes por capricho.

Simuladoras y querellantes, son verdaderas comediantes, siendo tan irresistible el deseo de oir hablar de su persona que cualquier medio por incorrecto que parezca, siempre les es lícito.

El ataque histérico completo (la grande histeria) no siempre se encuentra, siendo mucho más común el incompleto y aún más el atenuado. En la *pequeña histeria* el ataque convulsivo es por lo general precedido de prodromas, debutando por un aura caracterizada por cierta sensación dolorosa que toma origen, casi siempre, en el ovario izquierdo, se extiende al epigastrio y subiendo por el externón llega hasta la laringe.

Iniciado el ataque, que dura desde algunos minutos á varias horas, la histérica no pierde el conocimiento y antes de llegar al suelo coloca las manos para no golpearse; grita, ríe ó llora, siendo los movimientos convulsivos clónicos, extendidos y desordenados.

La *histeria epileptiforme* ó grande histeria es muy

rara, pocas veces he tenido ocasión de observarla; como en la anterior es precedida de prodromas, debutando por un aura para continuarse enseguida en ataque epileptoide, siendo algo así como el reflejo de un ataque de epilepsia.

Hay pérdida del conocimiento, convulsiones tónicas y clónicas, sucediéndose la resolución muscular y el sueño estertoroso.

El segundo período es de grandes movimientos ilógicos y contorsiones; el tercero es el de las actitudes pasionales ó de poses plásticas y, por fin, el último (el terminal) es el de las alucinaciones con visiones terroríficas.

EPILEPSIA

En todos los distintos grados de la escala degenerativa se encuentran las manifestaciones epileptiformes como sindroma que duplica y agrava el trastorno intelectual.

La actitud general del loco epiléptico denota falta de energía en los movimientos, lentitud relativa de las reacciones voluntarias y obtusión de los sentidos.

Después del idiota y el imbécil, estos enfermos son los que presentan el mayor número de estigmas permanentes de degeneración, más anomalías orgáni-

cas y funcionales, que con algunos detalles describiré en otro capítulo.

La generalidad de los epilépticos recluídos en los manicomios están sujetos á sufrir ataques de manía furiosa designada bajo el nombre de manía epiléptica, con especial tendencia á transformarse en delirio violento é impulsivo, bajo la influencia del cual el enfermo puede cometer actos en extremo peligrosos para sí mismo y para los que lo rodean, con la particularidad que después de cometido el acto no lo recuerdan.

Sin hablar de la epilepsia larvada y de sus equivalentes psíquicos, paso á describir el ataque epiléptico clásico que algunas veces es precedido de prodromas y casi siempre de una advertencia súbita y rápida: el aura.

Se inicia el *ataque epiléptico* en una forma aterradora: el enfermo es literalmente fulminado, palidece, emite un grito y cae en cualquier sitio en donde se encuentre; la pérdida del conocimiento es súbita y absoluta habiendo insensibilidad completa y generalizada.

El primer período, de las convulsiones tónicas, dura pocos segundos; la cara inyectada, roja y hasta violácea, las pupilas dilatadas, las mandíbulas apretadas y tetanizados los músculos de la cara, cuello, torax y miembros, la respiración se suspende por breves momentos.

A este período hace continuación sacudidas seme-

jantes á conmociones eléctricas breves y violentas de todo el cuerpo, que preceden á las convulsiones clónicas del segundo período; en éste los músculos todos son sacudidos, la lengua es mordida y proyectada fuera de la boca por la cual se escapa un líquido espumoso teñido en sangre; los efinteres al relajarse dejan salir orina y materias fecales.

En el tercer período al disiparse paulatinamente todos los anteriores síntomas la respiración se hace profunda y estertorosa, cayendo el epiléptico en un sopor más ó menos profundo que al desparecer lo deja aniquilado, sorprendido é inconsciente de lo que ha ocurrido.

Casi puede asegurarse que todo epiléptico en los manicomios lleva impreso en cualquier parte del cuerpo el sello de su enfermedad representada por estigmas accidentales (mordeduras de la lengua, quemaduras, heridas múltiples).

DELIRIO SISTEMATIZADO PROGRESIVO

El perseguido en el período de reconcentración y análisis subjetivo es disimulado y desconfiado en extremo; habla poco, pareciendo pesar sus palabras, camina furtivamente, siempre en guardia como si temiera peligros y acechanzas, mirando á derecha é izquierda, de soslayo, para repeler cualquier agresión.

En este primer período (fig. V) el delirio es confuso, generalizado, no especificando el enfermo al autor de sus desdichas, pero con el transcurso del tiempo y las continuas cavilaciones el perseguido llega á la conclusión de que el autor de sus males es cierta persona determinada, organizando entonces su delirio.

Atormentado por toda clase de alucinaciones (muy especialmente del oído) y de falsas sensaciones, se rodean de mil precauciones para conservar la integridad de su persona, cambian con frecuencia de domicilio para substraerse á la acción del enemigo, no comen por temor de ser envenenados, siendo víctimas de su propio instinto de conservación; apáticos y sombríos contestan groseramente á los interrogatorios, empleando generalmente los mismos términos.

Llega, sin embargo, cierto momento en que el perseguido se hace perseguidor, entrando de lleno á la lucha activa, es entonces peligroso en extremo porque en plena posesión de las facultades silogisticas, la memoria, la voluntad y la razón ponen á contribución una gran dósis de astucia, energía é inteligencia para conseguir sus designios.

MEGALOMANÍA

El megalómano presenta una fisonomía característica que es el reflejo de las preocupaciones orgullosas y los sentimientos exclusivos que lo dominan.

Su aspecto es el de un ególatra con acentuada hipertrofia del yo; de mirada altiva expresiva y desdeñosa, su palabra es breve y enérgica, camina en una forma bombástica, erguido, con la frente levantada, pausada y lentamente; grosero y orgulloso busca el aislamiento desdeñando la sociedad de los compañeros de reclusión.

Se cubren el cuerpo con ropas de variados colores adornándose con medallas y objetos grotescos y conservando siempre la actitud del personaje que representan.

EL MÍSTICO (figs. VI y VII)

Las concepciones delirantes místicas siendo la base, el origen, de cierta forma de locura, pueden presentarse también como síntoma episódico en el melancólico y el degenerado.

En el melancólico, con ideas religiosas, es frecuente observar verdaderos estados de catalepsia bajo forma de *éxtasis*; quedan entonces en inmovilidad comple-

ta, insensibles al dolor físico é indiferentes á toda excitación llegada del medio ambiente. Se los ve postrados de rodillas, con la cabeza llevada hacia atrás ó inclinada sobre el pecho *contricción*; la mirada fija en un punto determinado, el físico iluminado por satisfacción y bondad infinita, las manos en posición de orar, demostrando el místico con su actitud la más dulce y evidente de las alucinaciones.

Los megalómanos pretenden ser inspirados por la divinidad celeste, llamados á reformar la religión y á establecer otra universal, se consideran inmortales é invulnerables, emplean signos cabalísticos y un lenguaje onomatopéyico; conservan la actitud y la investidura que más corresponde á su delirio, ocultando bajo la máscara del amor á Dios las pasiones genitales más furiosas.

ALCOHOLISMO

Las facies del *alcoholista crónico* que ha abusado de las bebidas fermentadas es vultuosa con carrillos flácidos y colgantes, congestionada ó de color violáceo; aspecto en todo opuesto á la del que bebe licores y aperitivos (demacrado y pálido amarillento).

La marcha se hace notar por su instabilidad; el temblor vertical, amplio y de rapidez mediana muy acusado en las extremidades superiores é inferiores se extiende á los músculos de la cara y lengua.

En el alcoholismo supragudo ó *delirium tremens* (estado episódico del alcoholismo crónico), el enfermo excitado bajo la acción del delirio, ansioso é irritable y con exagerada emotividad acusa cierto temblor bien manifiesto en todo el cuerpo; el rostro alterado é inundado de sudor viscoso, con palabra tremulante y ojos queriendo escapar de las órbitas forman un conjunto que traduce trastornos psico-sensoriales múltiples.

PARÁLISIS GENERAL

Los síntomas físicos de la parálisis general ya confirmada, son bien evidentes; con un *embonpoint* casi siempre exagerado, la facie de estos efermos indica una persona satisfecha de la vida y muy conforme con su inmensa desgracia.

El primer signo que llama la atención es la dificultad en la pronunciación y articulación de las palabras, que al principio es intermitente y poco manifiesta pero que al avanzar la enfermedad se acentúa en tal forma que llega á ser incomprensible en el tercer período.

El temblor muy acentuado en la cara, lengua, miembros superiores é inferiores es fibrilar al principio y generalizado después; los trastornos oculo-pupilares están representados por la irregularidad y más que

todo por la desigualdad de las pupilas. Como consecuencia del debilitamiento muscular en las extremidades inferiores la marcha se hace lenta, pausada y difícilmente, el enfermo camina menos derecho, con desconfianza, separando las piernas para aumentar su centro de gravedad.

La expresión fisonómica del paralítico general en el tercer período y ya en estado demencial es inerte, indiferente y sin expresión, no traduciendo ninguna emoción, ningún sentimiento; el embonpoint desaparece, el gatismo se hace presente, el debilitamiento muscular, la dificultad en la palabra y el temblor se exageran hasta el extremo de no poder hablar, escribir, abotonar sus ropas ni llevar los alimentos á la boca, muriendo en la demencia más estúpida y profunda.

DEMENCIA PRECOZ

El aspecto exterior del demente precoz en las formas *hebefrénica y paranoide* no presenta nada de característico, siendo tan sólo un hecho el que puede ser manifiesto; falta de acuerdo entre la actitud general y los trastornos motores con la naturaleza del delirio.

En la forma *catatónica* la fisonomía estúpida é inexpresiva indica ausencia casi completa de toda idea

ó pensamiento, denotando un cerebro hueco intelectualmente; durante horas y hasta días enteros conservan la misma actitud negándose á comer, caminar, vestirse ó acostar, haciendo esfuerzos increíbles para retener la saliva, orina y materias fecales; otros repiten hasta el cansancio los mismos movimientos adquiriendo posiciones que requieren la contractura permanente de ciertos grupos musculares.

Algunos otros caminan á pequeños saltos, se arrastran por el suelo, adoptan las actitudes más ilógicas que se puede imaginar, repitiendo hasta la saciedad las mismas palabras, las mismas frases ó los mismos gestos.

DEMENCIA (figs. IX y X)

La fisonomía del demente es negativa y sin expresión revelando la nulidad de sus pensamientos y la ausencia de actividad psico-cerebral.

Incapaces de iniciativa propia ni de ningún trabajo serio y sostenido, se presenta al observador como un ser negligente, apático y taciturno, de mirada profundamente triste y empañada; que sin ninguna conciencia de su triste situación lleva una vida completamente vegetativa, comiendo con voracidad sin seleccionar los alimentos y que respondiendo con dificultad á

las preguntas que se le dirige, le es de todo punto imposible sostener una conversación por esa fatal amnesia que se apodera de todos sus recuerdos.

EL DÉBIL MENTAL

El débil mental colocado en el límite de transición entre el idiota y el hombre normalmente constituído física y psíquicamente considerado, ocupa esa nebulosa, estado intermedio entre la locura y la razón que no tiene límites bien definidos.

Con una conformación y aspecto exterior que en nada se diferencia de los demás hombres, el degenerado mental puede vivir y hasta brillar en sociedad, pero por poco que se los estudie en detalle, escrutando su inteligencia, se llega á la conclusión de que en ellos todo es superficial, en equilibrio instable y sin consistencia alguna.

Algunos indolentes en extremo, apáticos y deprimidos; otros de una petulancia sin límites no tienen iniciativa ni opinión personal, siendo víctimas de su inaptitud para vivir en comunidad.

IMBECILIDAD (fig. XI)

Ciertos imbéciles son bien conformados, con facciones regulares y fisonomía bastante agraciada, pero la generalidad llevan estigmatizado en el rostro su desarrollo intelectual defectuoso, observándose anomalías, asimetrías faciales y del cráneo, que detenidas en ciertos límites nunca llegan á ser las del idiota.

Muy tarde empiezan á caminar, leer ó escribir y todo esto con dificultad; abúlicos, perezosos, indolentes, orgullosos é irascibles, escuchan sin oir y miran sin ver, de memoria escasa, lenta é imaginación nula, son sin embargo susceptibles de adquirir ciertas habilidades artísticas y músicas.

La indisciplina en el imbécil es un verdadero carácter específico, egoísta por excelencia, tiene el instinto de conservación personal muy desenvuelto y hasta exagerado.

Las necesidades del organismo como el hambre y la sed, pero sobre todo el deseo sexual, son fuentes fecundas y frecuentes de impulsiones obligándolos á cometer actos extravagantes, absurdos, peligrosos y hasta de la más monstruosa aberración.

IDIOTISMO (fig. XII)

En el *idiota*, encontrándose las facultades psíquicas rudimentariamente desenvueltas, su fisonomía inexpresiva, repugnante y deforme, es el fiel exponente del desarrollo intelectual.

De talla siempre inferior á la normal, todos ellos presentan asimetrías del craneo y de la cara, anomalías de conformación del cuerpo y una singular desproporción entre la cabeza y el tronco.

La cabeza mal formada es pequeña ó muy voluminosa y nunca su desarrollo es proporcionado al de la cara; el maxilar superior, los huesos malares y los dientes superiores salientes dan lugar al prognatismo superior; el maxilar inferior es generalmente fuguitivo ó muy espeso con dientes careados, mal articulados é implantados con extrema irregularidad.

Por la boca entreabierta dejan escapar abundante saliva, no siendo raro la localización de eczema en el labio superior, debido à mucosidades nasales ó por el hábito de llevar á ese sitio la extremidad de la lengua; los ojos con mirada sin expresión, muy juntos ó separados, se pierden en las órbitas; las orejas, enormes ó pequeñas, mal formadas y asimétricas.

Los miembros superiores adolecen por falta de

proporción, las manos pequeñas y mal hechas, pies deformes y torax raquítico; el sistema muscular se desenvuelve tarde, los músculos son de una flacidez especial y muchas veces atrofiados; en los órganos genitales se puede comprobar todas las anomalías imaginables del desarrollo.

Al observar un grupo de idiotas se pone de manifiesto un hecho muy ilustrativo que desde el primer momento llama la atención: dos estados distintos de una misma afección que hace á unos excitados y á otros deprimidos.

Los *agitados* no quedan en reposo, caminan automáticamente en todo sentido, se golpean con violencia, lloran, emiten gritos inarticulados, moviéndose y gesticulando mucho; la amplitud de los movimientos ofrecen sin embargo cierta incomodidad y restricción que no se ve en las otras formas de alienación mental.

A los *deprimidos,* inertes, como dormidos y de aspecto estúpido les agrada el reposo y si se mueven voluntariamente es tan solo al ir en busca del lugar en donde la costumbre los ha llevado á pasar su triste existencia; muy voraces, comen glotonamente sin quedar nunca satisfechos, se orinan y defecan en las ropas.

Al caminar arrastran los pies é incapaces de desviar los obstáculos interpuestos en su camino con frecuencia se lastiman; sentados, acostados, en cluqui-

llas ó de pié ejecutan movimientos lentos y monótonos con acompañamiento de cierto ruido ó zumbido especial siempre el mismo para el mismo individuo.

EL CRETINO

El cretino, rechoncho, huesudo, hinchado, edematoso y siempre deforme, pálido ó de color castaño se caracteriza por la senilidad prematura y el aspecto apático é indolente; profundamente afectadas la voz y el lenguage el cretino completo es mudo, el semicretino hace gestos emitiendo gritos inarticulados.

La cabeza es generalmente voluminosa, ancha, irregular y asimétrica, con frente angosta y fuguitiva; párpados edematosos, pómulos salientes, nariz aplastada, dientes mal implantados y muy separados, labios espesos y colgantes dejando la boca entre abierta por la que se escapa un líquido viscoso.

El cuello grueso y corto deja ver la glándula tiroide anormalmente desenvuelta, torax deforme y asimétrico, pélvis viciada, organos genitales rudimentarios ó muy desarrollados y extremidades desproporcionadas, (muy largas ó muy cortas).

CAPÍTULO III

Al hablar en estos tres últimos capítulos del Examen morfológico del alienado en general y de los degenerados en particular, debo hacer presente que me referiré tan solo á los caracteres exteriores: aspecto, formas, anomalias de volumen y deformaciones patológicas más comunes de cabeza (craneo, cara y órganos de los sentidos) proporciones del cuerpo, coloración de la piel, variedades de sistema piloso etc. sin entrar al detalle de los caracteres anatómicos y antropométricos.

CABEZA

CRANEO PROPIAMENTE DICHO

La cabeza esta formada de dos partes bien distintas: arriba y atrás el *craneo propiamente dicho* ó craneo cerebral, abajo y adelante el craneo facial ó *cara*.

La separación exacta del craneo y de la cara es dificil determinar por las siguientes razones: el frontal

que es un hueso craneano en su parte escamosa, un hueso común á la cara y craneo por la porción horizontal es tambíen un hueso facial por toda la porción anterior é inferior situada en la unión de las dos.

En Clínica Psiquiatrica no es indispensable como en Antropologia límites exactos, es por ésta razon que se considera craneo cerebral á la región de la extremidad cefálica que limitada adelante por las cejas se extiende atrás hasta la nuca.

La inspección de la forma y volúmen del craneo deberá hacerse por *arriba:* permitiendo ver las regiones frontales, parietales, una parte de los temporales y occípitales, llegando asi a descubrir ciertas particularidades de conformación; por *delante:* que permite conocer la altura y ancho de la frente, la simetria frontal y la depresión lateral de la región fronto-parietal; por *detrás* puede dar indicaciones sobre la implantación de las orejas y altura del occípital; y de *perfil* mostrará el desarrollo proporcional de la cara y craneo, asi como tambien las distintas formas de frente.

La palpación confirmando los resultados obtenidos por la inspección permite apreciar la forma general del craneo, el espesor, las salidas y depresiones, el estado de las suturas, el volumen y la situación simétrica de los diferentes huesos, del mismo modo que la presencia de traumatismos.

Sin entrar en detalles y de manera rápida, para

complementar la inspección y palpación, haré un resumen de la mensuración del cráneo limitándome á las medidas que pueden ser útiles al alienista.

La *circunferencia horizontal máxima* de 500 á 560 mm se mide partiendo de la glabela y circunscribiendo, el craneo por encima de la protuberancia occipital y el pabellón de las orejas. Se subdivide en semicircunferencia horizontal anterior, posterior, lateral derecha y lateral izquierda.

La *curva longitudinal media,* antero-posterior ó fronto-iniaca que mide 300 á 340 mm vá de la glabela á la protuberancia occipital pasando por el vértice.

La *curva transversa* ó supra-auricular que mide de 320 á 340 mm vá de la raíz del apófisis zigomático de un lado al del lado opuesto.

El *diametro antero-posterior máximo* ó diametro longitudinal que mide de 170 á 190 mm es la distancia que en linea recta separa á la glabela de la protuberancia occipital externa.

El *diametro transverso máximo* de 140 á 160 mm es la distancia medida entre ambos puntos más salientes de las protuberancias parietales.

La relación que existe entre estos dos diametros se denomina *índice cefálico* que se obtiene multiplicando por 100 el diametro transverso máximo y dividiendo este producto por el diametro antero posterior máximo.

$$I\,C = \frac{D\,T\,M \times 100}{D\,A\,P\,M}$$

En Psiquiatría el índice cefálico (comprendiendo el craneo entero) adquiere importancia unicamente cuando sobrepasa en mucho los límites ordinarios como en la ultra-dolicocefalia y ultra-braquicefalia.

Según Broca los craneos por su forma pueden ser: dolicocéfalos verdaderos y sub-dolicocéfalos, mesaticéfalos, braquicéfalos verdaderos y sub-braquicéfalos.

De las anomalías de volumen del cráneo por falta ó por exceso, las màs comunes son en número de tres: microcefalia, macrocefalia é hidrocefalia.

Hay dos variaciones de *Microcefalia:* la una con conservación de la inteligencia, y la otra con idiotismo é imbecilidad. El microcéfalo es por lo general dolicocéfalo con sinostósis fisiológica precoz; el cráneo muy pequeño, fuguitivo, aplastado de arriba abajo y alargado, está en manifiesta desproporción con la cara, de dimensionas exageradas y proyectada hacia adelante.

La *Macrocefalia* está caracterizada por el excesivo volúmen del cráneo; la frente proeminente deja escondido los ojos y la nariz; cara pequeña y asimétrica.

Las *deformaciones patológicas,* siendo múltiples y variadas, me obligan á que las cite tan sólo como dato ilustrativo.

La plagiocefalia — deformación muy frecuente; crá-

neo oblícuo ovalar y asimétrico; la acrocefalia — cráneo largo, elevado en la región parietal, con frente alta vertical y estrecha; la escafocefalia, — cráneo en forma de carena; la platicefalia, — cráneo aplastado en la bóveda, vértice deprimido; la esfenocefalia, — cráneo en forma de cuña; la clinocefalia, — cráneo en forma de silla; la trigonocefalia, — cráneo casi triangular; la euricefalia, — cráneo estrecho, cara ancha; la oxicefalia, — cabeza satánica ó en pan de azucar, etc.

CRANEO FACIAL Ó CARA

La *cara* ocupa el espacio comprendido entre el ófrion y el mentón en un sentido, y las dos arcadas zigomáticas en el otro: receptáculo del aparato de la visión, del gusto, del olfato y del órgano de la articulación de los sonidos, presenta en el alienado cierta forma difícil de explicar por las innumerables variedades que en ellos se encuentran.

El examen de la cara implica tres procedimientos: inspección, palpación y prosopometría.

La *inspección* hecha de frente nos indicará la expresión general de la fisonomía en relación con el estado ó alteración de las facultades intelectuales. Al hablar en el capítulo anterior del Hábitus exterior y

facie de los principales tipos de alienados, he tenido muy en cuenta este detalle.

Nos indicará también las distintas formas de cara: redonda, ovóide, ancha ó estrecha y alargada, la regularidad ó asimetría; del mismo modo que la forma de los ojos, nariz, boca, desarrollo de las arcadas zigomáticas y ancho de las mandíbulas.

Hecha de perfil nos permite juzgar el desarrollo y la existencia posible de prognatismo en el maxilar inferior; en efecto, el perfil del hombre normal es oblícuo y las mandíbulas sobrepasan siempre la línea vertical que desciende de la glabela ú ófrion.

El prognatismo doble y completo, es decir, cuando las dos mandíbulas así como los dientes se proyectan adelante, encogiéndose el mentón, se observa en la escala de alienados más degradados haciendo recordar cierto parentesco con el mono. El prognatismo parcial, maxilar ó alvéolo dentario, es de observación vulgar en muchos alienados.

Los pómulos poco pronunciados, pequeños y fugitivos pertenecen á la generalidad; los salientes, espesos, altos y deformados se ven en los idiotas, imbéciles y cretinos.

Para no repetirlo diré que en la palpación de la cara se obtienen idénticos resultados á los conseguidos por la palpación del cráneo cerebral.

La *mensuración*, complementando el exámen del ros-

tro, nos dará á conocer la forma geueral de la cara por el índice de la misma, en tanto que el índice facial tiene importancia para las comparaciones craneométricas.

En la prosopometría de la cara los diámetros y medidas que en realidad tienen importancia para el alienista los enumeraré á continuación:

Diámetro bizogomático ó facial transverso máximo, que se mide aplicando las puntas del compás sobre los puntos más salientes de la arcada zigomática.

La *altura de la cara* que se mide aplicando un extremo del compás en la raíz de los cabellos, y el otro en el medio del borde inferior de la mandíbula ó punto mentoniano.

La *longitud facial superior* que se obtiene colocando una extremiead del compás en el ófrion y la otra al nivel del punto de implantación de los dos incisivos superiores ó punto alveolar.

Y el *ángulo facial* formado por la unión de la línea facial, que va del ófrion al punto subnasal, con la línea aurículo dentaria que extendiéndose del punto auricular al punto subnasal, es horizontal y paralela a los ejes visuales.

El *índice facial* se obtiene multiplicando la longitud facial por 100, y dividiendo este producto por el diámetro bizigomático.

$$\text{I. F.} = \frac{\text{L. F} \times 100}{\text{D. Bi. Z.}}$$

CAPÍTULO IV

ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS

Por su importancia, el examen descriptivo de los órganos de los sentidos necesariamente debe ocupar un capítulo aparte; es por esa razón que trataré de cada órgano en general y de cada uno en particular, refiriéndome siempre á las anomalias y vicios de conformación que presentan en el alienado.

OJOS

Comunmente se denomina ojo al conjunto de las partes externas visibles del aparato de la visión, comprendiendo por consiguiente: el globo ocular, la abertura palpebral, los párpados, las cejas y las pestañas.

En las regiones supra-orbitaria, inter-orbitaria y orbitarias propiamente dicho, puede notarse algunas veces

ciertas anomalías determinadas por alteraciones del esqueleto mismo.

Las afecciones congénitas y adquiridas de los párpados no es raro el observarlas; el coloboma palpebral, el epicantus binocular y la ptosis congénita, se presenta en los idiotas; toda clase de dermatosis (eritema, eczema. hérpes, erisipela), inflamaciones del borde libre, contusiones, heridas, quemaduras, edema, (de origen nervioso, muy común), tumores, ectrópion, entrópion, etc., en cualquier forma de locura; y por fin las lesiones del aparato muscular (blefaropasmo, ptosis completa é incompletas, parálisis del orbicular) es de particular observación en las histéricas.

La triquiasis con sus variedades (distiquiasis y tristiquiasis) y toda mala implantación de cejas ó pestañas se ve en los idiotas, ocasionándoles keratitis y conjuntivitis crónica muy dolorosas.

En estos últimos, es digno de ser citado un desdoblamiento vertical de la conjuntiva, que destacándose del ángulo interno queda unido al globo ocular, y que bajo el nombre de repliegue semilunar es el equivalente del tercer párpado en algunos reptiles, pájaros y otros animales.

Las afecciones de la conjuntiva como ser: conjuntivitis y sus muchas variedades, los traumatismos, los neoplasmas, las oftalmías, etc., como fenómeno episódico es de observación diaria.

El globo ocular puede ser grande ó pequeño, escondido ó proeminente, contribuyendo en mucho á esto último la masa de tejido celulo-adiposo que está por detrás del ojo en los negros alienados.

La córnea puede ser alterada congénitamente en la forma, en la transparencia y hasta en las dimensiones; el arco senil ó gerontoxon es fisiológico en todos los viejos alienados.

Los trastornos funcionales del iris (midriasis, miosis, anisocoria, hipus é iridodonésis) es importante recordarlo en toda esa categoría de enfermos con lesiones cerebrales y de la médula.

NARIZ

Las deformaciones congénitas de nariz (ausencia del órgano, división congénita, desviación lateral, obliteración etc.), muy pocas veces se ve; el volúmen exagerado, el aplastamiento y la desviación de la punta hacia arriba ó abajo es frecuente. La nariz deformada adquiere, en realidad, importancia cuando es la consecuencia de traumatismos ó accidentes, (muy comunes en la epilepsia).

Las fosas nasales (del mismo modo que otras cavidades) en ciertos locos es el receptáculo de pequeños

objetos; en el perseguido con alucinaciones olfativas, quedan obturadas por fragmentos de trapo ó algodón.

BOCA

El examen de la boca deberá hacerse en reposo, comprendiendo á los labios, dientes, lengua, bóveda palatina y velo del paladar.

Generalizando haré recordar, que del mismo modo que la forma, espesamiento y proeminencia de los labios dintingue á la raza blanca de la negra ó amarilla, así también, esta diferencia existe entre el loco de ocasión y el degenerado con tara acumulada; entre los labios delgados, finos ó pequeños de casi todos los alienados con los exuberantes, espesos ó elevados del cretino y muchos idiotas hay un abísmo.

Una boca cerrada, derecha y sin expresión es el signo constante del estupor melancólico; labios gruesos, rojos y carnosos indicando sensualidad, se ve en los psicópatas sexuales; labios deformes, tortuosos y mal unidos, puede observarse en los impulsivos; boca abierta y labio inferior proeminente, se ve en la demencia y el idiotismo.

El *sistema dentario* deberá examinarse bajo el punto de vista de las anomalías y de los trastornos patológicos.

Las anomalías del aparato dentario implica mala dirección (anteversión, retroversión, rotación del eje), deformaciones, anomalías de volúmen (nanismo, gigantismo) ausencia, aumento numérico (suplementarios, supernumerarios), anomalías de estructura (erosión, fractura, carie, etc.)

En la bóveda del paladar la profundidad exagerada, la forma asimétrica y la disposición ojival es constante en todos los degenerados.

Como la *lengua* está escondida, su examen ofrece ciertas dificultades, pero sin embargo, es de tanta importancia que nunca deberá olvidarse en un paralítico general, alcoholista ó epiléptico.

OREJAS

La situación, forma, tamaño y las numerosas salidas y depresiones de esa porción cartilaginosa que se llama oreja, ofrece toda clase de anomalías y deformaciones que en pocas palabras describiré.

La situación de las orejas es casi siempre la misma con ligeras variaciones de oblicuidad, en cambio las dimensiones y forma general del pabellón es variable en cada ejemplar; la distancia que media del pabellón al craneo varía hasta el extremo de quedar algunas veces casi perpendicular á éste.

El helix y ante helix, la foseta intercrural y la escafóidea en todo su recorrido pueden presentar irregularidades variables, salidas ó depresiones.

Las variaciones morfológicas de la oreja son siempre múltiples en los degenerados: las asimétricas por desigualdad de cada parte correspondiente se conocen bajo la denominación de *oreja de Blainville;* la *oreja de Darwin* está caracterizada por cierto tubérculo localizado en la parte posterosuperior del borde libre del helix; la que tiene forma de lámina, delgada sobre los bordes y más grande que la normal es la *oreja de Morel* y, por fin, la *oreja de Wildemouth*, muy frecuente, consiste en una proeminencia exagerada del antehelise, que en parte hace desaparecer al helix.

El lóbulo que normalmente es independiente y adherido en la parte superior del borde anterior, es quizás la única parte de la oreja cuya forma varía al infinito: pudiendo ser largo, corto ó sesil, despegado ó adherido, grueso, carnoso ó delgado, membranoso, indistinto, desgarrado, perforado, desviado é invertido.

Ciertas lesiones patológicas tienen importancia hasta para el mismo pronóstico de la enfermedad; quiero referirme, muy especialmente al *othematoma*, tumor sanguíneo que se produce á menudo con gran rapidez, evolucionando en pocos días.

El hematoma de la oreja se localiza únicamente en el pabellón respetando el lóbulo; este pequeño tu-

mor, que nunca llega á tener el tamaño de un huevo de paloma, cura casi siempre, dejando como estigma indeleble la oreja deformada; es característico de la parálisis general, pero en el maniaco y y melancólico que pasa á la cronicidad es muy frecuente observarlo.

CAPÍTULO V

TRONCO Y MIEMBROS

El examen morfológico del cuerpo, para ser completo, debe iniciarse por el estudio de la piel y apéndice cutáneos.

El color en general y el de la piel en particular es la resultante de una causa anatómica, de un cierto pigmento que casi siempre va acompañado por materias colorantes; bajo el punto de vista psicológico hay dos clases de pigmentación: la una propia á la raza, á la familia y al individuo; la otra que aumenta ó disminuye con el clima, la estación, el régimen y el estado de salud.

La piel de casi todas las mujeres alienadas es muy sensible al aire y á la luz, se queman con frecuencia y se pigmentan casi siempre, cubriéndose el rostro de cierta máscara bronceada ó terrosa que es de común observación en las enfermas crónicas ó en las que van á serlo.

Los melancólicos con ideas suicidas ofrecen heridas ó cicatrices del cuello, cabeza y órganos genitales, revelando tentativas de mutilación ó suicidio; los locos morales cicatrices de tatuajes; los epilépticos cicatrices, heridas, contusiones ó quemaduras; los idiotas manchas pigmentarias, etc.

El sistema piloso abundante y bien distribuído, desaparece en parte por ideas de auto-mutilación en las excitadas ó melancólicas; la barba en las mujeres y la implantación viciosa del pelo en las degeneradas se ve á cada momento; la ausencia de pelo en el púbis ó en la axila á la edad adulta es muy raro observarlo.

Para proceder al exámen del tronco y los miembros es extrictamente necesario que el sujeto al descubrirse se coloque acostado, ó mejor de pie, mirando al frente, los brazos á lo largo del cuerpo, el antebrazo en pronación, la palma de la mano aplicada al muslo, las piernas juntas y los pies en ángulo agudo.

En esta posición será fácil medir y apreciar la talla normal, exagerada (gigantismo) ó disminuída como en la generalidad de los idiotas (nanismo).

Se buscará con cuidado si es que existen malformaciones diversas como ser: el bocio en los cretinos,—la inclinación del torax hacia adelante, comprimido lateralmente ó asimétrico con cartílago proeminentes

del raquítico—la desviación de la columna vertebral, la spina bífida, la hernia congénita y la ausencia de ciertos músculos en el idiota—la inclinación y vicios de conformación de la pélvis en cualquier forma de locura, etc., etc.

La pequeñez exagerada de la mano, la líne apalmar única ó la disposición simiesca, la brevedad del pulgar con relación á los otros dedos y la difícil oposición del mismo es característico en los idiotas.

La polidactilia, la megalodactilia, la macrodactilia, la ectodactilia y la atrofia congénita de uno ó varios dedos, como vicio de conformación, muy pocas veces he tenido ocasión de comprobar.

El exámen de las extremidades superiores é inferiores si bien, por sus justas proporciones con el tronco en el hombre normalmente constituido no tiene importancia, en el idiota esta misma relación al desaparecer les da cierta semejanza con el mono.

Al terminar con el exámen morfológico del alienado deseo hacer presente ciertos vicios de conformación que en los *órganos genitales* de idiotas y algunos psicópatas sexuales he tenido ocasión de observar: ectópia del testículo, fímosis y parafímosis, penes atrofiados muy desenvueltos, glande afilado en los pederastas, pene en badajo de campana de los masturbadores é hipospadia.

El exámen de los órganos genitales en la mujer tiene particular importancia porque permite constatar hábitos viciosos, relativamente frecuentes en cierta categoría de alienadas.

MANUEL R. MOLINA.

Buenos Aires, Abril de 1907.

Proposiciones accesorias

I

Importancia de la actitud y expresión fisonómica para el diagnóstico de ciertas formas de locura.

II

El diagnóstico de la locura se funda principal é indispensablemente en la psicología patológica, no teniendo los signos deducidos del examen somático general (morfológico y antropológico) más que una importancia relativa para explicar un aspecto de la etiología de la enfermedad.

III

Importancia de la embriología para la apreciación de ciertas anomalías morfológicas.

Buenos Aires, Abril 30 de 1907.

Nómbrase al Sr. Consejero Dr. José M. Ramos Mejía, al profesor titular Dr. Domingo Cabred y al profesor suplente Dr. Benjamin T. Solari. para que constituídos en comisión revisora dictaminen respecto de la presente tesis de acuerdo con el art. 4º. de la ordenanza sobre exámenes.

E. Cantón,
Decano.

R. S. Gómez,
Secretario.

Buenos Aires, Mayo 21 de 1907.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta nº. 1749 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. Cantón,
Decano.

R. S. Gómez,
Secretario.

Fig. 1. — **Manía aguda.** — Enferma alegre y locuaz con incoherencia y fuga de las ideas—excitación motriz—ilusiones de la vista y alucinaciones de los sentidos.

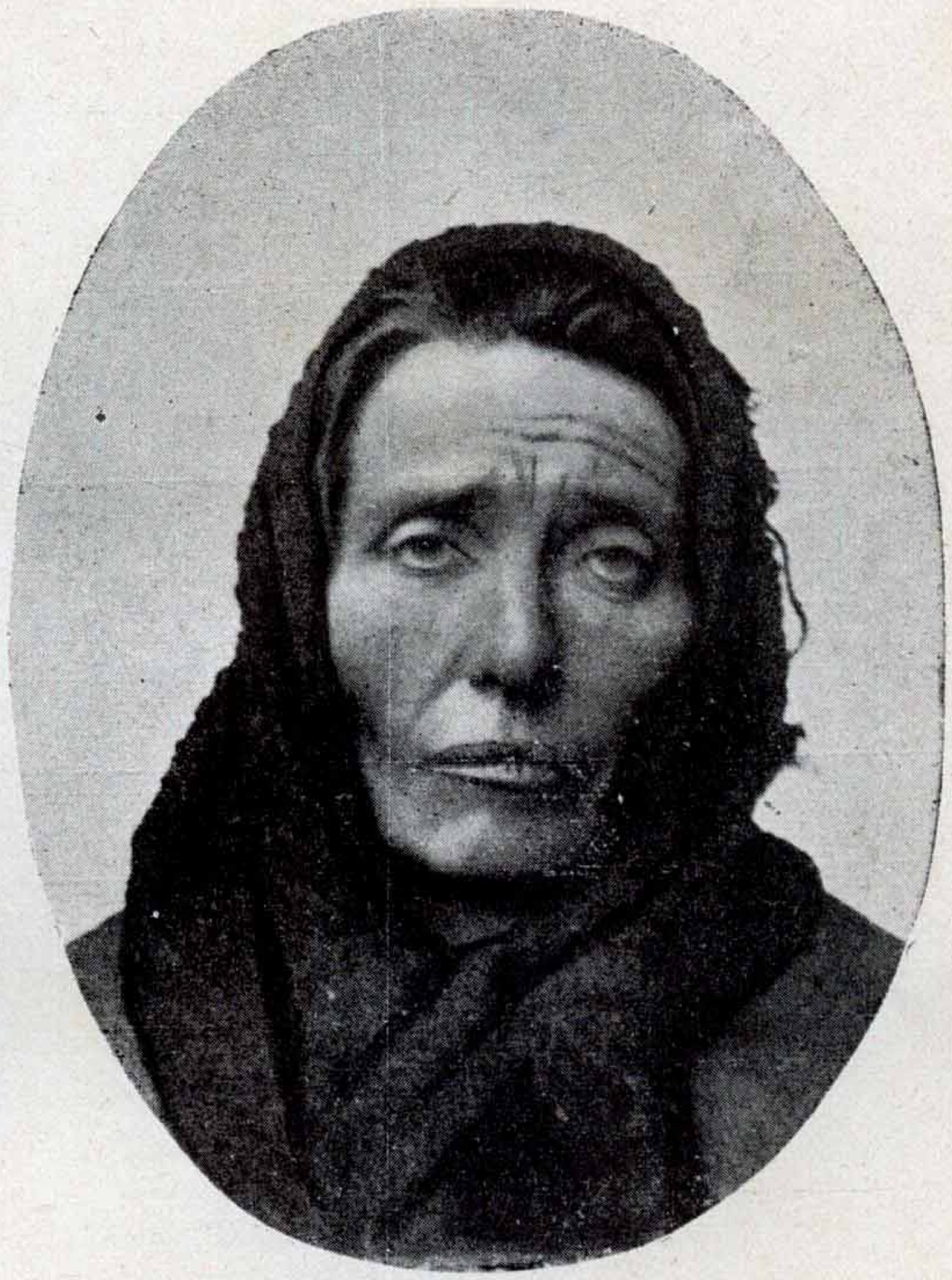


Fig. 2. — **Melancolía ansiosa** — Panofobia—ansiedad moral—invencible tristeza—ideas suicidas e hipocondriacas.

Fig. 3. — **Melancolía con estupor.** — La enferma abúlica y en estado semicataléptico, no modifica en ningun momento su actitud-comprende las preguntas que se les dirigen, peró el mutismo es absoluto.

Fig. 4. — **Locura histerica y moral insanity.** — Enferma de conducta instable con accesos episódicos de exaltación maníaca — delirio erótico y alucinaciones genitales—ataques convulsivos.

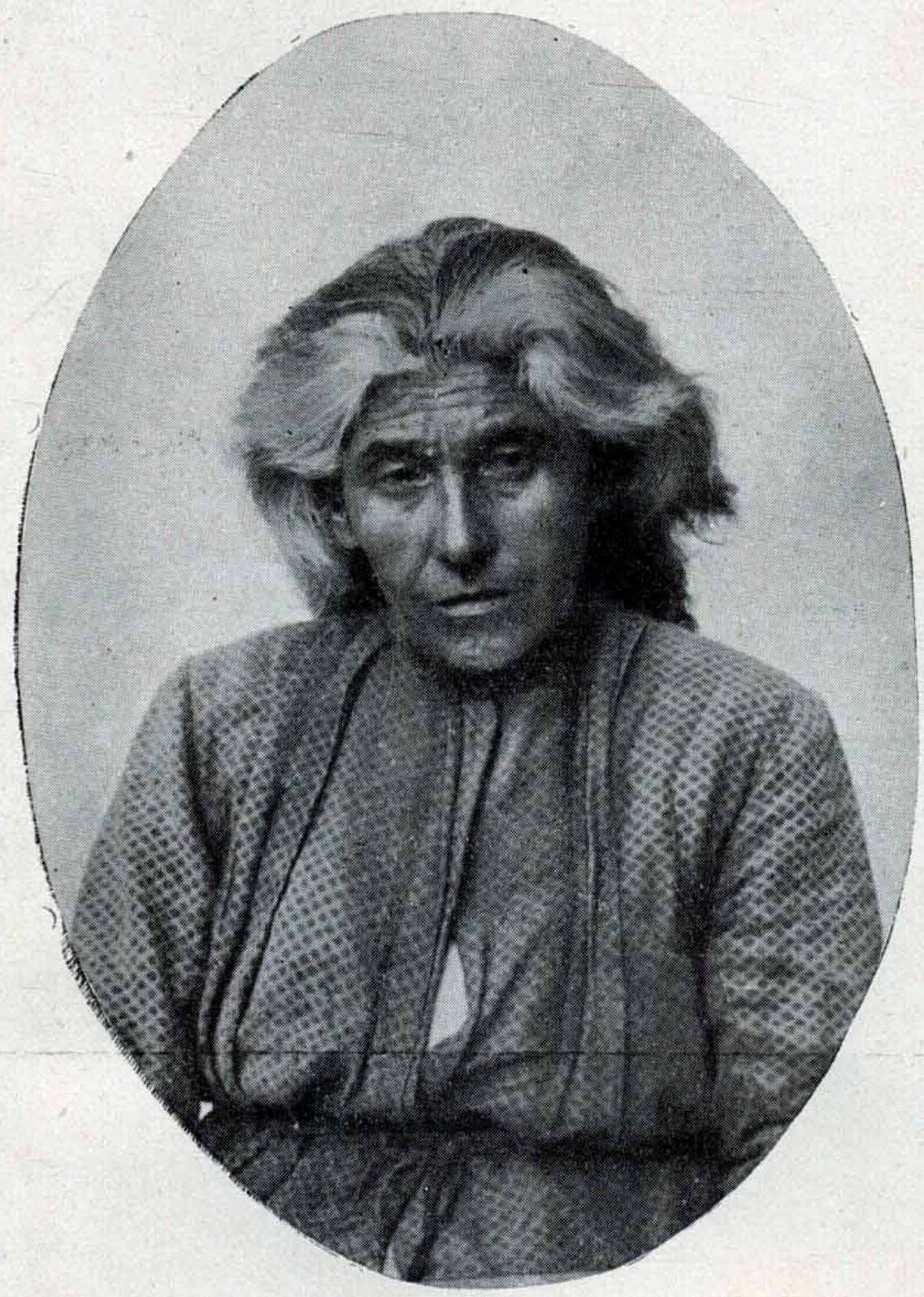


Fig. 5—**Demencia maníaca** — Debilitamiento de las facultades intelectuales — Excitación maníaca periódica.

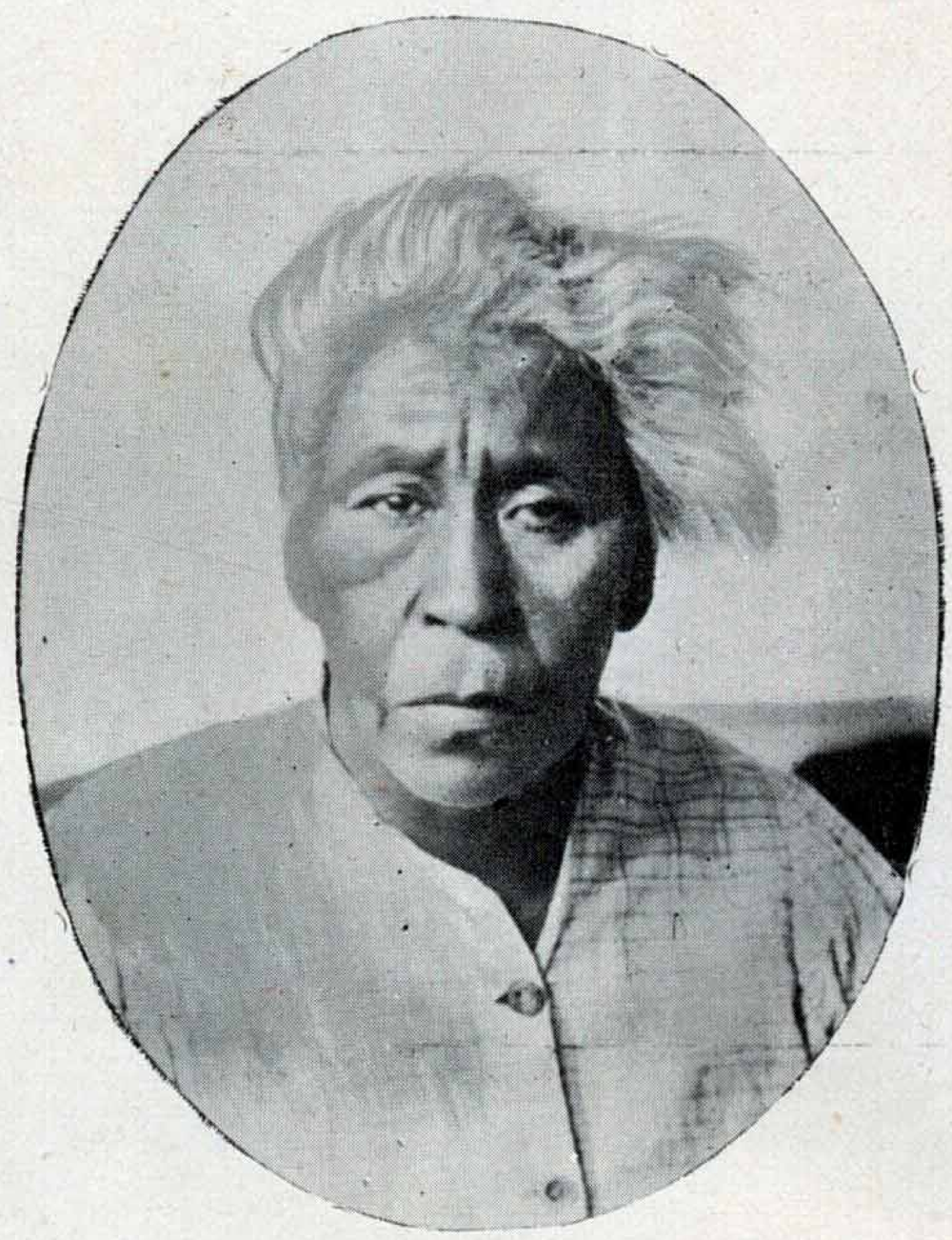


Fig. 6—**Demencia senil**—Decadencia de las facultades intelectuales y morales — Amnesia parcial — Pérdida de los afectos — Excitación incoherente.

Fig. 7—**Delirio sistematizado progresivo**—Enferma en el primer período de reconcentración y análisis subjetivo.

Fig. 8—**Delirio alucinatorio** — Enferma con alucinaciones complejas, táctiles y visuales— Percibe fuego que lentamente se aproxima y trata de detenerlo sin que lo consiga.

Fig. 9. — **Delirio místico sistematizado.** — Enferma en **extásis** religiosa con alucinaciones de la vista, del oído y verbales motrices —apariciones celestes y trastornos psico-motores— ideas delirantes estereotipadas.

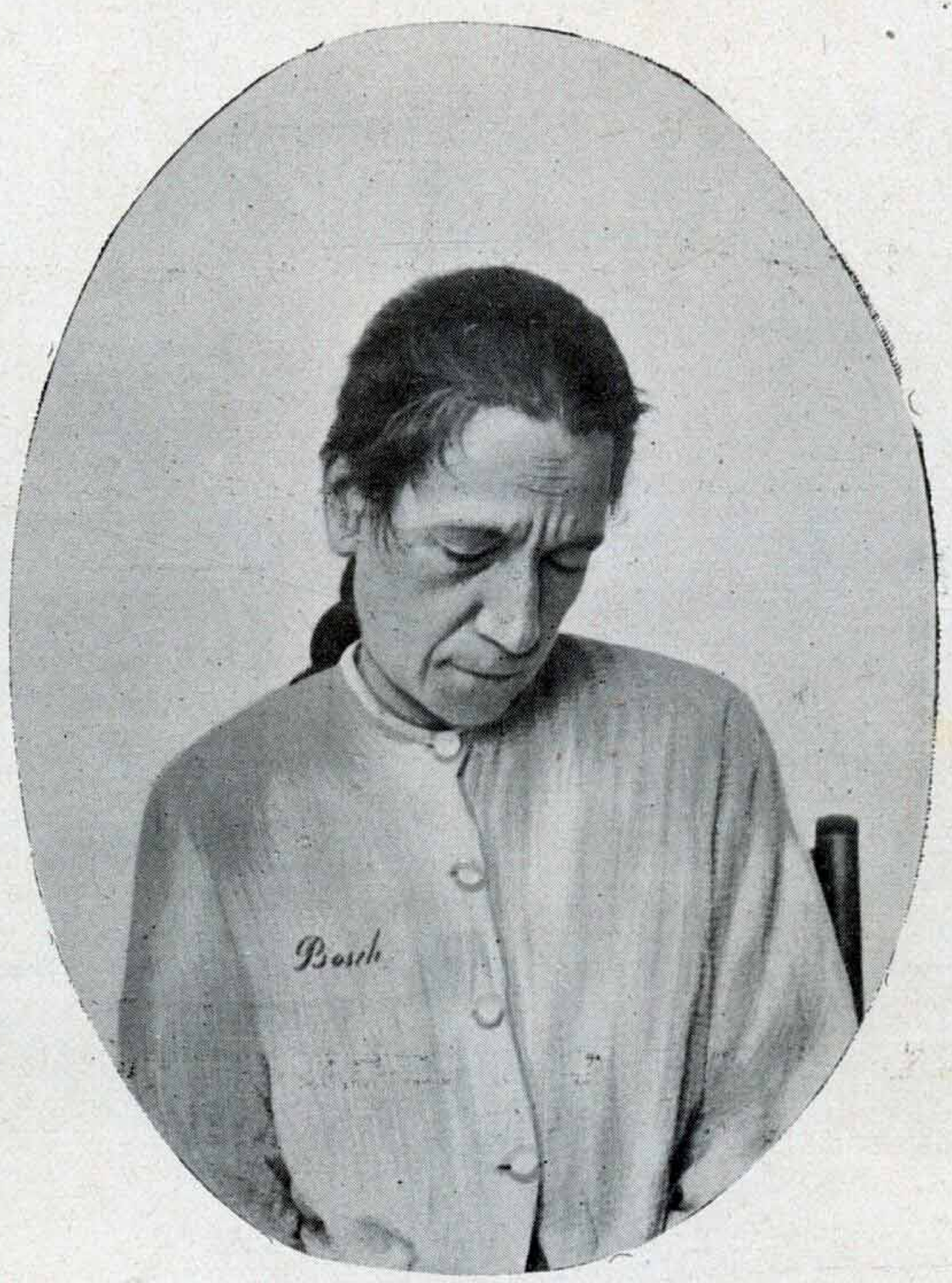


Fig. 10. — **Delirio místico sistematizado.** — La misma enferma de la fig. 9 en actitud de **unción.**

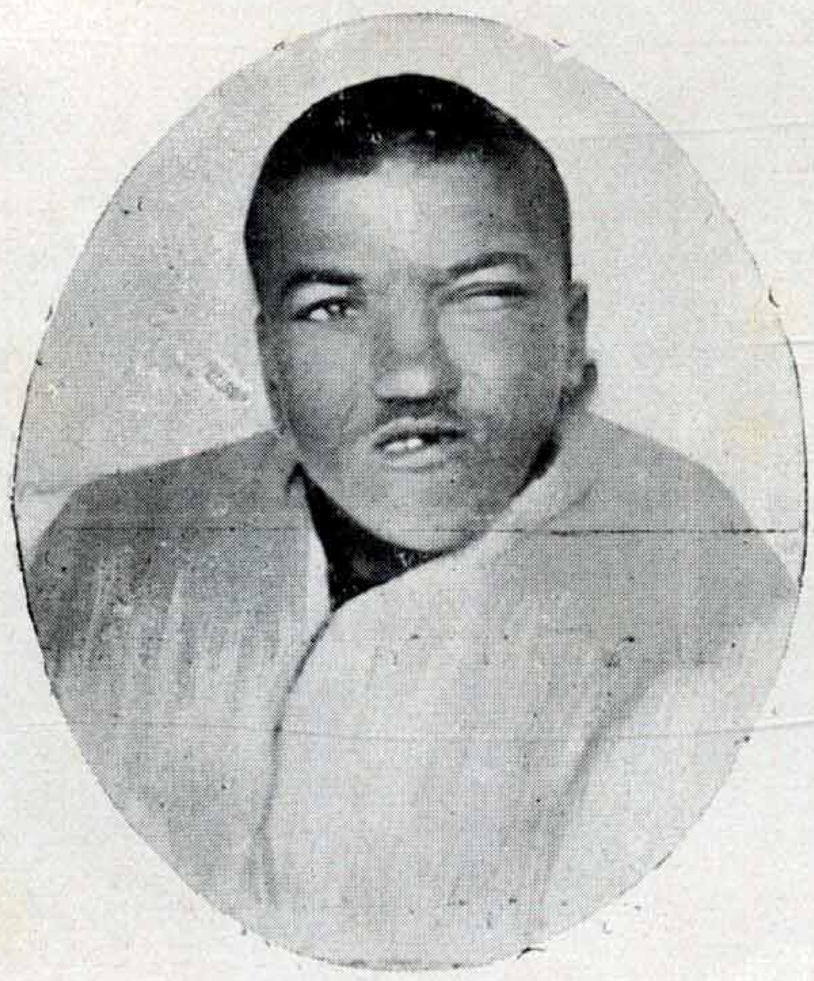


Fig. 11. — **Imbecilidad y epilepsia.** — Herencia acumulada—instintos depravados—insuficiencia mental y decadencia intelectual como consecuencia de frecuentes ataques de epilepsia.

Fig. 12. — **Idiota congénito** con múltiples deformaciones físicas—Cráneo, cara, miembros y talla sin ninguna proporción—agitación múscular bajo forma de tics y balanceamiento automático del cuerpo.