

de atención, pues no hay parálisis de los esfínteres, ni son frecuentes ni duraderas las evacuaciones involuntarias.

El *pulso* de ordinario es frecuente, pero esto depende de la agitación del enfermo y cede en los períodos de calma.

La *temperatura* permanece normal en los accesos de manía, sin complicaciones viscerales; todo lo más sube á 38° c. cuando los movimientos adquieren una violencia excesiva.

Las *secreciones* se alteran algunas veces. La piel en ocasiones aparece seca y árida y otras bañada de *sudor* que exhala un olor desagradable.

Las *orinas* pueden excretarse en menor cantidad al principio y durante el curso de la afección. El estudio de su composición química ha dado resultados contradictorios: Byasson ha comprobado un aumento de urea y de ácido fosfórico y Magnan, por el contrario, ha encontrado disminución en los mismos productos. Según Mairet, durante el período de agitación aumentarían el ázoe y el ácido fosfórico en combinación con los alcalinos; y todo al contrario, en los períodos de depresión, remisión y convalecencia. La mayor parte de los experimentos practicados con las orinas de los maníacos, tienden á establecer que son menos tóxicas que las normales (1). Chevalier-Lavaure, Brugia, Ballet y Roubinowitch).

La *menstruación* se suspende algunas veces; otras se hace menos abundante é irregular; pero este síntoma nada tiene de constante ni de fijo. Cada época catamenial, en el curso del acceso, es la señal de un recrudecimiento en los fenómenos de excitación.

Las *funciones sexuales* y los apetitos genésicos, están de ordinario exaltados. Las mujeres, sobre todo, manifiestan tendencias eróticas y en presencia de los hombres pierden todo miramiento.

Shermer (2) ha investigado los reflejos rotulianos en los maníacos y ha creído encontrarlos conservados en el período estacionario; luego desaparecen en la convalecencia, para reaparecer dos ó tres meses más tarde.

MARCHA. — DURACIÓN. — TERMINACIÓN. — Un acceso franco de manía comprende, de ordinario, tres períodos sucesivos; de *invasión*, *estado* y *declinación*.

El primero, que puede ser corto, hasta no exceder de algunos días y excepcionalmente de algunas horas, comprende los prodromos del acceso, la depresión del principio con la fatiga consiguiente, el insomnio, la pérdida del apetito, sed ardiente y saburra de la lengua. La excitación que sigue al abatimiento y á la laxitud, es al principio moderada y se revela por tendencia á los excesos báquicos ó venéreos, locuacidad y cierto sentimiento de contento y satisfacción. Se recobra el apetito, y los movimientos y los gestos se hacen exuberantes. Después, se acentua la excitación y pasa el enfermo al período de estado.

Este segundo período se caracteriza por los síntomas que antes hemos descrito, y es el más largo de los tres. Por lo general, no evoluciona de un modo sostenido, en una sola etapa: aun en su algidez, hay momentos de calma rela-

(1) Régis et Chevalier-Lavaure, Des auto-intoxications dans les maladies mentales. Rapport lu au congrès des aliénistes de La Rochelle, 1893, et diverses communications faites à la suite de ce rapport.

(2) Shermer, *Münchener med. Wochenschrift*, Abril, 1889.

tiva, que no corresponden más á menudo á la noche; pues estas las pasan los enfermos insomnes y agitados. A medida que el acceso se acerca á la declinación, los períodos de calma son más frecuentes y largos, pero la excitación reaparece por las causas más ligeras, un cambio brusco de temperatura, la vuelta de la regla, etc.

A medida que el acceso tiende hacia la curación, se hace menos viva la agitación, y aunque persiste la locuacidad, es menos continua y fatigosa. Durante los intervalos de calma, que son más largos que en el período de estado, el enfermo recobra, parcialmente al menos, la conciencia de su situación; se siente fatigado, quéjase de cefalalgia, pero duerme mejor. Poco á poco, y después de alternativas de excitación y de normalidad, este último período termina por el restablecimiento del enfermo.

La duración de un acceso de manía es muy variable. Los hay cortos que terminan en algunas semanas, y más á menudo el recobro de la salud se hace esperar tres, cuatro, cinco ó seis meses. Excepcionalmente, la duración excede de un año, y cuando pasa de año y medio, es raro que termine por la curación. Sin embargo, hay excepciones á esta regla, pues nosotros hemos visto curar completamente accesos que habían durado diecinueve meses; Magnan ha observado un caso de curación después del vigésimoséptimo mes.

La manía puede pasar al *estado crónico*, y esta transformación se hace de un modo progresivo después de doce, quince meses y aun más. Los signos que anuncian el paso del estado agudo al crónico, no pueden percibirse fácilmente al menos en el principio; la agitación, no obstante persistir, se hace menos viva y más uniforme, el sueño es menos intranquilo, la nutrición se cumple mejor y algunos

enfermos engordan. Estos cambios, que podrían dar la ilusión de una mejoría, indican, al contrario, en ciertos casos particulares, una agravación definitiva. Coinciden, en efecto, con una debilidad progresiva é indeleble de las facultades intelectuales; la memoria, que en el curso del acceso agudo estaba exaltada, disminuye; los sentimientos y afectos se embotan; no reaparece la atención perdida, y aunque la calma parece renacer, el enfermo camina hacia la demencia. El *maniaco crónico* presenta entonces un hábito especial: la mirada vaga é incierta, el vestir desaliñado y sucio; tranquilo á ciertas horas, y como indiferente á cuanto le rodea, se excita en otras, sin que esta agitación intermitente tenga la duración ni la intensidad del estado agudo (figura 55). Los enfermos conservan cierta tendencia á entregarse á actos de destruc-



Fig. 55. — Manía crónica (según H. Dagonet).

ción, pero lo hacen de un modo que parece automático y maquinal. El lenguaje es incoherente y desordenado, pero con suficiente sentido algunas veces para poder percibir, aunque vagas, ideas delirantes, ideas de grandeza, de persecución ó místicas; todo ello, deshilvanado y sin lógica. Esta incoherencia, sin embargo, es menor en la manía que en la demencia que le sigue. El estado crónico de la manía puede prolongarse años.

En algunos casos, la manía aguda cede su puesto á un delirio sistematizado, delirio de persecución ó delirio ambicioso. En el extranjero, sobre todo es donde se han descrito esas formas secundarias (paranoia secundaria) de delirio parcial sobre las cuales hemos de insistir más tarde. Cuando la manía constituye así el prelude de un delirio sistematizado, parece salirse del cuadro de las manías idiopáticas y corresponder al de las sintomáticas de la degeneración mental.

La manía termina algunas veces por la *muerte*. Esta puede sobrevenir inopinadamente, sin que ningún hecho la venga á anunciar, ni lesión visceral alguna la dé explicación. En estos casos, parece que es la consecuencia del agotamiento nervioso. Otras veces, la muerte viene por una enfermedad orgánica, la bronco-pneumonía, por ejemplo, que se complica á la mental, y, en fin, el término fatal de una crisis de delirio agudo.

FORMAS. — Cuando se revisan las descripciones de la manía, trazadas por los diversos autores, nótese que la mayoría de ellos han admitido numerosas formas de esta enfermedad. Y es que la palabra forma, ha sido tomada en su acepción más general, ó sea designando un síndrome más bien que una especie morbosa definida. Las formas de la manía, en este último concepto, están lejos de ser tan numerosas. Un acceso de manía puede afectar una intensidad mayor ó menor, y según los grados de intensidad, establecer variedades de accesos; este criterio ha conducido á admitir manías sub-agudas, agudas y agudísimas (Marcé, Régis). Dichas tres formas corresponden á las que se denominan también excitación maniaca, manía tipo y delirio agudo.

La *excitación maniaca* consiste en una simple exaltación de las funciones cerebrales, sin incoherencia, sin delirios ni alucinaciones: la asociación de las ideas es más fácil, la memoria más viva, la actividad más grande y el trastorno mental no alcanza al desorden de las ideas. Semejante estado puede presentarse, á título de transitorio, en los comienzos y en la declinación de la manía, constituyendo entonces ya un primer grado, ya una atenuación de los trastornos, mucho más acentuados, del período de estado de la afección; mas esto no es, en propiedad, una forma de la manía idiopática. La excitación maniaca obsérvase, sobre todo, en la degeneración mental, en cuyo estudio la describiremos en la locura intermitente y al principio de la parálisis general. A la excitación maniaca corresponden la exaltación maniaca y la manía dulce (*mitis*) de Schüle.

Por lo que hace al delirio agudo, es una enfermedad compleja mal definida aún, ó más bien un grupo morboso en el cual entran á la vez casos que corresponden legítimamente á la manía y otros que le son extraños. Más adelante trataremos de este estado morboso.

En suma, la manía idiopática puede en su principio tomar el aspecto de la excitación maniaca, y, excepcionalmente, convertirse al delirio agudo (ma-

nía agudísima de algunos autores); pero el tipo que afecta, de ordinario, es el tipo agudo que dejamos descrito en la sintomatología. Este tipo puede, en verdad, presentarse en diversos grados: en la simple *agitación maniaca*, los movimientos son desordenados, la mímica expresa de un momento á otro los sentimientos más varios, y es incorrecta y extravagante; las ideas son de una movilidad excesiva; la palabra locuaz y sin sentido; pero el desorden no llega á impedir que la atención se fije algunos momentos. Tal es la forma *ligera* de la manía.

En la forma *intensa*, la incoherencia de las ideas se acentúa aun más, el desorden de los actos más completo, y se hace casi imposible fijar la atención, aunque sea por un instante, sobre una

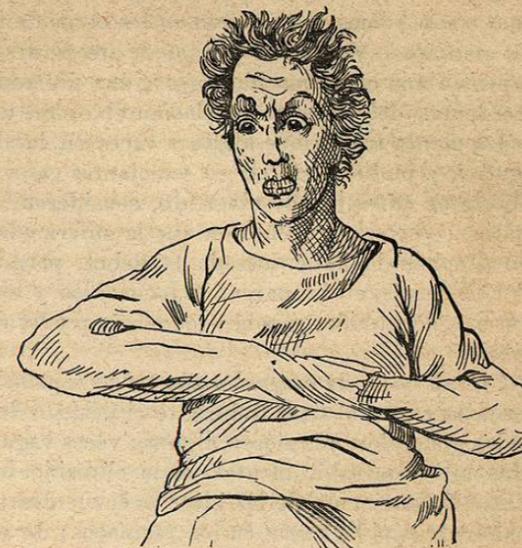


Fig. 56.— Furor maniaco (según Esquirol).

sensación ó una pregunta. En el curso de esta forma intensa es donde se observa, sobre todo, el furor maniaco, que es, según ha dicho Esquirol, «la cólera de un delirante» (fig. 56). Creemos que no será inútil resumir las nociones que preceden en el cuadro siguiente:

Formas y grados de la manía idiopática.

Excitación maniaca (mania sub-aguda). (Es el grado más ligero de los estados maniacos; se observa alguna vez al principio ó al fin de la manía idiopática, y, sobre todo, en la degeneración mental, en la locura intermitente y al principio de la parálisis general).

Formas y grados que en rigor corresponden á la manía idiopática (mania agudísima)... *Agitación maniaca* (forma ligera).
Furor maniaco (forma intensa).

Delirio agudo (mania agudísima). (Enfermedad especial y mal definida nosológicamente, que no es en muchos casos el período álgido ó más acusado de la manía idiopática).

DIAGNÓSTICO. — Cuando el alienista se encuentra en presencia de un acceso de delirio, que á primera vista parece maniaco, le es muy interesante asegurarse que, en efecto, se trata de un delirio vesánico, porque muchos delirios sintomáticos pudieran inducir á error en un examen superficial. Así, por ejemplo, los delirios de la *fiebre tifoidea*, de la *pneumonía* y de la *meningitis*, adquieren algunas veces la intensidad y las apariencias del delirio maniaco. Lo mismo sucede en los accidentes cerebrales que se observan en el curso de las afecciones renales, en ciertas formas de uremia y en la infección puerperal,

En presencia de un caso de manía, la primera obligación del práctico consiste en proceder á un examen metódico de todos los órganos del enfermo. La fiebre, cuando es alta y sostenida, es un excelente dato para el diagnóstico, porque, como hemos visto, salvo en los casos de delirio agudo, no se observa en los maníacos. Verdad es que puede presentarse, si en el curso de una manía sobreviene una complicación v. gr., una pulmonía; pero en estos casos, los antecedentes del enfermo revelarían el orden y sucesión de las dos afecciones.

La manía sobreviene algunas veces en la declinación de las enfermedades agudas, y pudiera ocurrir en semejantes casos la comisión de un error contrario al que antes hemos advertido, considerando el delirio maníaco como sintomático; pero el momento en que la enfermedad mental se declara, de ordinario después de haber cesado la fiebre, permitirá establecer el diagnóstico. Por lo demás, en la manía, la locuacidad y los desórdenes de los actos é ideas son más acentuados y sobre todo más perdurables que en los delirios no vesánicos.

Ciertos casos de *confusión mental* acompañados de agitación, que se declaran casos no raros, al final ó durante el período de convalecencia de las enfermedades generales, adquieren algunas veces vaga semejanza con la manía franca. Mas en la confusión mental, es la obtusión intelectual la que domina, y, por tanto, la asociación de las ideas se encuentra torpe y tardía, lejos de ser anormalmente rápida, como en los maníacos; de otra parte, la turbación, cuando existe, es más automática y menos acentuada que en la manía.

Un diagnóstico de ordinario muy difícil, es el diferencial con la *parálisis general*, cuando ésta se revela en su principio por excitación general muy marcada, incoherencia del lenguaje y desorden en las ideas y en los actos. Por lo común, en la encefalitis difusa se nota, á despecho de la desordenada asociación de los pensamientos, una tendencia muy acentuada á las concepciones ambiciosas, y también signos inequívocos de debilidad intelectual é indicios de demencia. Desgraciadamente, estos signos diferenciales son difíciles de apreciar en algunos períodos, á veces largos, y en estos casos el diagnóstico no puede fijarse con exactitud, hasta el día en que aparecen los trastornos pupilares y los de la palabra. Por todo ello, deben investigarse con cuidado los citados trastornos. Testificamos de dos casos en los cuales los signos diferenciales se han hecho esperar muchos meses después de la aparición de los accidentes cerebrales de forma maníaca, obligando á mantener suspenso el diagnóstico.

Cuando se adquiere la certidumbre de que se trata de un estado maníaco independiente de toda lesión orgánica, falta establecer la distinción de si corresponde á la manía idiopática ó si es sintomática de una intoxicación, de la locura intermitente, de la degeneración mental ó de una neurosis, sobre todo de la epilepsia.

El *alcoholismo agudo ó sub-agudo* simula en algunos casos la manía: se observa, como en esta afección, locuacidad y desorden en los actos é ideas. Pero en él, el trastorno intelectual está dominado por las alucinaciones é ilusiones, principalmente por las alucinaciones visuales, que en ningún caso ocupa más que un lugar secundario en la manía franca; hay además, en el alcoholismo, la panofobia y el temblor de la lengua y de los miembros. Sucede lo mismo con el envenenamiento con las *solanáceas*: en la mayor parte de los

casos, se observa además de las alucinaciones y de los trastornos gastro-intestinales, la dilatación de las pupilas y alguna vez convulsiones. Es preciso no olvidar, que un acceso de manía idiopática puede ser provocado por los excesos alcohólicos; un error diagnóstico pudiera cometerse en este caso, si no se tiene en cuenta más que el elemento etiológico y el mismo error conduciría á otro pronóstico, porque el delirio alcohólico es pasajero, mientras que el maníaco siempre es de larga duración, aunque deba su causa á un abuso de bebidas. Para establecer el diagnóstico, atiéndase á los signos diferenciales que acabamos de mencionar.

Más adelante indicaremos los caracteres especiales que revisten los estados maníacos en la *locura intermitente* y á la *degeneración mental*.

En los *epilépticos* se observa alguna vez, como consecuencia de vértigos, accesos de delirio que recuerdan y se parecen á los de la manía; pero, en estos casos, el principio del acceso es brusco y no hay prodromos, la duración es corta y después del recobro de la razón, el enfermo no recuerda nada de lo que le ha pasado. No hay duda, que muchos de los casos designados con los nombres de *mania transitoria*, *mania efémera* y *delirios por accesos* (Lasègue), corresponden á la epilepsia.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—La manía aguda rara vez termina por la muerte y apenas se conocen sus lesiones. Desde luego, las que se encuentran en los casos en que hay ocasión de practicar la autopsia, no bastan á explicar el cuadro morboso. Calmeil, Meynert, Luys y Emminghaus, han notado, como más notable, una gran inyección de los vasos de la pia-madre y de las circunvoluciones; Repping ha señalado una proliferación nuclear, que Mendel no ha podido encontrarla. Estas lesiones, ligeras é inconstantes, no da la clave de la afección.

En la manía crónica, como en muchos casos de locura de antigua duración, se encuentran engrosamiento y opacidad de las meninges, congestiones en diversos lugares, atrofia más ó menos pronunciada de la corteza cerebral, derrames ó infiltraciones de hematina y hematosina en las vainas linfáticas de los vasos y degeneraciones pigmentarias ó grasosas con atrofia de algunas células cerebrales. Estas lesiones se observan ordinariamente en las diversas formas de locura crónica y no tienen nada de especial con la manía.

Hasta nueva orden, esta afección debe, pues, continuar figurando en el grupo de las psicosis.

PRONÓSTICO.—Hemos indicado anteriormente los diversos modos de terminación de los accesos maníacos; la curación, el paso al estado crónico y la muerte por complicación visceral ó delirio agudo. La curación es el término más común. Marcé la había observado 25 veces entre 28, cifra elevadísima en verdad; Guislain 7, entre 10. Según la cuenta de Bucknill y Hack Tuke, la mortalidad de los maníacos admitidos durante cuarenta años en el Asilo de York, ha sido de 4 por 100 próximamente. Cualquiera que sea el valor de estas estadísticas, puede afirmarse que el pronóstico de la manía es favorable de ordinario y más favorable aún en los casos que sobrevienen en el puerperio.

La curación se verifica á menudo en el otoño, mas rara vez en primavera y está y excepcionalmente en invierno.

TRATAMIENTO.—La primera indicación en el tratamiento de la manía

debe ser evitado cuanto tienda á la excitación de los enfermos: el ruido, la luz demasiado intensa y la presencia de personas en mucho número, son perjudiciales. Limitar el número de enfermeros á lo estrictamente necesario, situar el enfermo en una pieza medianamente iluminada y silenciosa, son precauciones que deben adoptarse desde luego. Estas precauciones no pueden cumplirse con rigor más que en los establecimientos especiales; también el aislamiento de las familias suele ser una precaución siempre útil, y la mayor parte de las veces hasta indispensable; los deudos la aceptan fácilmente, de ordinario, en presencia de un delirio furioso y de las dificultades que experimentan para atender y tratar en casa al enfermo.

Debe evitarse con cuidado el recurrir á ciertos procederes de tratamiento cuyos inconvenientes y peligros ha demostrado la experiencia. La contención con la camisa de fuerza, figura en este número. Al maníaco, en cuanto sea posible, debe dejársele libre todos sus movimientos en una celda ó cámara bien cerrada, con calefacción en invierno y al aire libre, cuando se pueda, en el estío. Toda medicación debilitante es perjudicial; así, deben evitarse las sangrías generales; lo más que puede permitirse, en este punto, son algunas sanguijuelas aplicadas á las apófisis mastoides, si existen signos evidentes de congestión cefálica ó plétora sanguínea. El tártaro emético, empleado á altas dosis, como agente contraestimulante, no produce los buenos efectos que algunos médicos, singularmente Marcé, le habían atribuído; en general, debe proscribirse este remedio. Lo mismo puede decirse de los revulsivos, cauterizaciones punteadas, cáusticos, moxas, cuyo uso no se justifica más que en un período avanzado de la enfermedad, cuando amenaza hacerse crónica.

Débase, en primer lugar, esforzarse en sostener al enfermo, porque su extrema agitación es una causa constante de pérdida de fuerzas; en tal concepto, se procurará que la alimentación sea regular y substanciosa; se darán, de preferencia, alimentos de fácil digestión, ricos en albúmina y en hidrocarburos, como los huevos, jugo de carne, carnes blandas y bien picadas y leche; como bebida, el vino y la cerveza en cantidades moderadas. Baillarger preconiza la dieta láctea, y, en efecto, es útil cuando exista un estado saburral de las vías digestivas ó sobrevenga la fiebre.

Es preciso tener puesta la atención en calmar al enfermo; las prácticas hidroterápicas son, de todo cuanto se recomienda á este fin, las que prestan servicios más señalados. La envoltura con lienzos húmedos es una buena práctica; el enfermo es puesto en contacto con el paño húmedo, después se le arrolla por encima una manta de lana, y después se le administran bebidas abundantes para provocar el sudor. Este procedimiento es aplicable en todos los casos, pero en el Asilo se recurre con preferencia á los baños templados, administrados á una temperatura media de 30° ó 32°; su duración puede ser de una, dos, tres y cuatro horas. Brierre de Boismont administraba baños de diez y doce horas. Es preciso tener cuidado de mantener sobre la cabeza del enfermo, mientras permanece en el baño, hielo ó compresas empapadas en agua fría. En la forma prolongada de la manía, cuando se desea obtener una reacción física, Schüle aconseja el baño frío á 20°, 17° y hasta 15°, durante ocho ó diez minutos. Conviene advertir que una gran debilidad, las lesiones pulmonares ó cardíacas, contraindican el uso de los baños.

En cuanto á los agentes farmacológicos destinados á procurar una sedación y secundariamente el sueño, se ha recurrido sucesivamente á las diferentes substancias hipnóticas ó sedativas.

El opio puede ser útil, pero es preciso emplearle con cautela. J. Conolly lo proscibía en absoluto, por atribuirle más inconvenientes que ventajas. Dagonet le considera capaz de producir algunos buenos servicios, pero cree difícil precisar sus indicaciones. Empleado por Magnan, le ha prestado algunas veces buenos servicios. Marcé le rechaza en los casos en que aparece fuerte y desarrollado el pulso y la cara congestionada y vultuosa, reservándole para el período de declinación. Nosotros nos atenemos á esta última opinión, porque hemos comprobado, como Marcé, que el opio, administrado en el principio ó en el período de estado, favorece el movimiento congestivo hacia la cabeza y aumenta bien pronto la incoherencia de las ideas, la violencia y la agitación. Los médicos que recomiendan el opio le prescriben, por lo general, á dosis progresivamente crecientes, bajo la forma de extracto, ó mejor de láudano; Magnan comienza por 15 gotas de láudano al día, y después aumenta una gota diaria, hasta llegar á 4, 5, 10 y 15 gramos por día.

La morfina en inyecciones subcutáneas es ineficaz y entraña peligros.

Los bromuros, aunque se administren á altas dosis, no ejercen más que una acción sedativa muy ligera, y se pueden asociar siempre con provecho al cloral. Este último medicamento, á la dosis de 1, 2 y 3 gramos, es un hipnótico precioso para los maníacos, pero exige su empleo una cuidadosa vigilancia; en efecto, su administración, cuando se prolonga por mucho tiempo, puede afectar el corazón. El paraldehído, el sulfonal, el trional y la cloralosa prestan, como el cloral, algunos servicios.

La hiosciamina ha sido considerada como un sedativo de primer orden contra la agitación maníaca. En las mujeres, Schüle la administra primero á la dosis de 5 miligramos para alcanzar progresivamente á 8 y 10 centigramos; en el hombre puede darse desde luego 10 centigramos y subir hasta 20. Para obtener algún efecto, es indispensable acudir á fuertes dosis y tampoco está exenta de peligros esta medicación. Determina adormecimiento de los miembros, ronquera, contracción faríngea, dilatación muy tenaz de la pupila, desfallecimiento del pulso y cianosis de la cara.

En Francia, Magnan, ha preconizado el uso de la hioscina en inyecciones subcutáneas; se sirve de una disolución de 5 centigramos de clorhidrato de hioscina en 25 gramos de agua, é inyecta media jeringa de Pravaz de esta solución, ó sea 1 milígramo de hioscina. A consecuencia de la inyección, la agitación muscular se calma y poco después el enfermo cae en un sueño poco profundo. El uso de este medicamento, casi no se ha propagado entre nosotros, bien sea por las dificultades que hay en Francia de procurarse hioscina pura, ó á causa de los peligros muy serios á que expone su administración.

Las inhalaciones de bromuro de etilo, en dos casos, han dado buenos resultados á Bourneville y Roux (1).

La digital es útil algunas veces para regularizar la acción del corazón cuando late tumultuosamente; la ergotina, cuando la manía va acompañada de fenómenos congestivos acentuados.

(1) Roux, These de Paris, 1882.