

Los *purgantes*, no hay que decirlo, estarán indicados cada vez que haya estreñimiento, cosa que sucede muy á menudo al principio de la enfermedad y cuando la lengua esté saburrosa. Pero hay que huir de su empleo sistemático ó como medicación perturbadora, limitándolo estrictamente á las indicaciones reclamadas por el tubo digestivo.

BIBLIOGRAFÍA. — A. Foville, article *Manie* du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie*, 1875.—Mendel, *Monographie*, 1881.—Magnan, *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, Paris, 1889, p. 379 et suiv.—Conolly Norman, article *Mania*, in *Dictionary of psychological medicine* de Hack Tuke, London, 1892.

### MELANCOLÍA

Sinonimia : Lipemania (Esquirol).

DEFINICIÓN.—La melancolía es una psicosis que procede por accesos, únicos algunas veces, á menudo recidivantes, y susceptibles de curar de un modo completo ó de pasar al estado crónico. Estos accesos se caracterizan por perturbaciones, constantes y fundamentales unas, secundarias é inconstantes, pero habituales, otras : el fenómeno primitivo y constante, es una *perturbación emocional ó afectiva*. «En todas las formas de la enfermedad, dice Griesinger (1), la lesión fundamental consiste en la existencia anormal de una emoción angustiada y depresiva, que esclaviza al sujeto en un estado de dolor moral». Se trata de un sentimiento vago y más ó menos consciente de opresión, de ansiedad, de abatimiento, de tristeza y de impotencia. La alteración de los afectos, trae como corolario, pereza intelectual y en la esfera psico-motora, lentitud de los movimientos y el embotamiento de la voluntad. Las alteraciones accesorias son producto de las preocupaciones á que se entrega el espíritu del enfermo, para interpretar su estado; consisten en ideas falsas de naturaleza hipocondríaca, ó en ideas de indignidad, de culpabilidad ó de ruina.

La melancolía, es pues, una afección de la sensibilidad moral y sólo de un modo secundario ó episódico, una enfermedad de la inteligencia.

Esto basta á diferenciarla de ciertos estados lipemaniacos, con los cuales se ha confundido por mucho tiempo y que en rigor son muy distintos; nos referimos á los que resultan de un desorden intelectual, primitivo ó psíco-sensorial. Que padeciendo una intoxicación, como el alcoholismo, ó de una neurosis, como el histerismo, un individuo experimente alucinaciones terroríficas, que á consecuencia de un estado de degeneración ó de otras causas, llegue á creerse perseguido, atormentado ó enfermo, nada tendrá de extraño que en semejantes casos las alucinaciones ó los conceptos delirantes engendren un estado de tristeza pasajero ó durable; pero en ellos, la lipemania será secundaria, no primitiva; el lado afectivo del espíritu no será tocado sino consecutivamente y se verificará un *delirio melancólico*, más no una *melancolía* propiamente dicha.

Además, el estado melancólico, caracterizado por una perturbación emocional, primitiva é independiente de toda idea delirante ó de toda alteración

(1) Griesinger, *Traité des maladies mentales*; traduc. franç. de Doumic, pág. 248, Paris, 1873.

psíco-sensorial, se observa como manifestación sintomática en el curso de diversas afecciones mentales, y valgan de ejemplos las neurastenias, la locura periódica y la parálisis general. Pero los *estados melancólicos* secundarios no deben confundirse con la melancolía primitiva y esencial; ésta constituye una psicosis perfectamente autónoma, una psíco-neurosis, como la llaman los alemanes en sus diversas nomenclaturas. De ella, pues, hemos de ocuparnos en el presente capítulo.

HISTORIA. — La palabra *melancolía*, figura en el vocabulario médico desde la más remota antigüedad. Al crearla, los antiguos pretendieron expresar las ideas que les prestaban sus teorías sobre los humores, y para ellos la melancolía se debía al ennegrecimiento de la bilis (μελας, negro, χολη, bilis) (1). La expresión hizo fortuna, y ya hemos hecho notar la exactitud con que ciertos autores de los pasados siglos, sobre todo Areteo y Willis, habían descrito algunos aspectos sintomáticos de la afección. Sin embargo, habíase cometido el error de tomar la palabra en una doble significación; la melancolía es el estado opuesto á la manía, pero como lo que resalta en la última es el carácter general del delirio, llegóse á expresar con el primero, no sólo los delirios tristes, sino todos los delirios tristes ó alegres, con tal que fueran parciales; era una falta y la confusión fue su consecuencia. Así lo comprendió Esquirol, y cuando intentó la descripción, que nos ha legado, de ciertos delirios parciales, juzgó necesario (era entonces una necesidad) excluir de la nomenclatura una palabra que se prestaba á doble interpretación. Él designó los delirios parciales con el nombre de *monomanías*, y el delirio triste con el de *lipemania*, que propone en sustitución de la palabra *melancolía*. Esta nueva denominación, aunque admitida por diversos autores (Dagonet, Foville), no ha prevalecido de un modo general; por el contrario, hay tendencia á volver al antiguo nombre, que no presenta los mismos peligros de confusión que en los tiempos de Esquirol. Se sabe actualmente, y Baillarger ha sido uno de los primeros en llamar la atención sobre este punto, que, en la melancolía, el trastorno cerebral no está menos generalizado que en la manía, y, de otra parte, las monomanías han sido bastante bien estudiadas y suficientemente clasificadas en los grupos especiales á que corresponden, al menos, para que no haya temor de confundirlas sistemáticamente con los delirios tristes, en los cuales la depresión moral é intelectual constituye el primer elemento. Por estas razones, no nos parece que haya inconveniente alguno en volver, como lo hacen la mayoría de los autores, y con especialidad los extranjeros, á la denominación tradicional.

Empero, mientras se nos interesaba á separar claramente, aun á costa de un neologismo, la melancolía de los delirios parciales, cometíase una falta en sentido inverso; se englobaban erróneamente en la lipemania estados que Esquirol había distinguido con cuidado y que nosotros conocemos con los nombres de demencia aguda, confusión mental y estupidez, cuyos estados continúan justamente siendo separados en el extranjero. En el capítulo siguiente, verá el lector cómo ha nacido y prosperado esta corriente de ideas.

La historia de la melancolía se ha enriquecido indirectamente con todos los progresos que desde el principio de este siglo se han realizado en psiquiatría.

(1) Todavía dice nuestro vulgo *humor negro*, de los estados tristes y melancólicos.—(N. del T.).

La descripción del delirio de las persecuciones hecha por Lasègue, en 1852, y las precisas nociones que han producido los trabajos de Morel y de Magnan sobre los delirios de la degeneración, han permitido circunscribir mejor el campo propio de esta enfermedad. Al mismo tiempo, las observaciones de Guislain y de Griesinger, seguidas de muchas otras, han puesto de relieve la parte preponderante que toman las perturbaciones afectivas en la constitución y génesis de la lipemania. En fin, las de Cotard sobre el delirio de las negaciones, han revelado un modo de evolución particular de las melancolías que se hacen crónicas.

SINTOMATOLOGÍA. — A) Prodomos. — La melancolía puede comenzar bruscamente á consecuencia de un pesar profundo ó de una viva emoción, por ejemplo; pero esto no es lo ordinario. Más á menudo, nótese largo tiempo antes síntomas prodrómicos; el sujeto se hace más impresionable, se afecta con mayor facilidad y presenta una deplorable susceptibilidad para sufrir por todo. Cuando los fenómenos se acentúan, destácase en primera línea la tendencia á una tristeza invencible y á una depresión intelectual profunda. Al mismo tiempo, hay cefalalgia más tenaz que viva, por lo común, é insomnio pertinaz. La nutrición se verifica mal, la lengua aparece saburrosa, las digestiones tórnanse defectuosas y el enfermo adelgaza. Estas diversas alteraciones, al principio son ligeras, lo bastante á pasar casi inadvertidas, y alejan el ánimo de una enfermedad grave; pero al cabo terminan por imponerse y revelarse como síntomas de una enfermedad importante.

B) Cuadro clínico del melancólico. — Opónese con razón la melancolía á la manía. Esta última, en efecto, se caracteriza por la excitación, la locuacidad al exceso y la agitación de los movimientos; la otra, al contrario, por la fisonomía triste y melancólica, actitud abatida y por todas las apariencias que revelan un enfermo decaído é impotente. En tanto que la facies del primero es animada, movable, y expresa, sobre todo, satisfacción, la del melancólico, con su inmovilidad relativa ó completa, muestra el sufrimiento y la desesperación. Hablando poco y en voz baja, no respondiendo, cuando responde, sino con lentitud y dificultad á las preguntas que se le dirigen, el melancólico se retrae á la actitud pasiva de un resignado. Hasta cuando parece ansioso de expresar por la palabra y la mímica el dolor interior que le oprime, su agitación es en cierto modo contenida, y su lenguaje, aunque puede ser verboso, siempre es monótono, porque no se separa un momento de los mismos tristes pensamientos y de las mismas ideas obsesionantes. El contraste entre el melancólico y el maniaco, no puede ser más completo.

C) Análisis de los síntomas. — 1.º Trastorno fundamental, sentimiento de tristeza y de impotencia. — El trastorno fundamental de todo estado melancólico es, como llevamos dicho, de orden afectivo. Es una modificación del estado cene-estético, que se revela por un *sentimiento* de invencible tristeza y de marcada *impotencia*.

Está acondicionada nuestra individualidad psíquica á la serie de sensaciones internas que derivan del juego de nuestros diversos órganos digestivos, respiratorios, circulatorios, etc. El conjunto de estas sensaciones constituye lo que se llama el estado cene-estético. Ahora bien; á este estado cene-estético se subordinan los sentimientos, las tendencias, los deseos y las pasiones, que consti-

tuyen los elementos de la vida afectiva. Si ellos padecen, nuestra personalidad afectiva padece también, y esto es lo que acontece en la melancolía: siempre la perturbación del estado cene-estético es la base de esta enfermedad.

Los dos sentimientos por los cuales se manifiesta, tristeza é impotencia, son correlativos, porque, como Féré dice con gran verdad, «la sensación de disgusto se resuelve en la de impotencia». A este doble sentimiento se refieren los fenómenos secundarios que constituyen, por decirlo así, las fases diversas de la enfermedad. En los melancólicos, las sensaciones internas parecen impotentes para despertar los diversos estados emotivos; de aquí una especie de *disgusto* general y una *indiferencia* marcada por las personas y las cosas, á las cuales se mostraba aficionado el enfermo antes de serlo: la indiferencia es pasiva desde luego, y fatal como lo son el sentimiento y la sensación que el melancólico sufre y deplora. Paralelamente, se manifiesta la *incapacidad para querer y para obrar*, como si faltase el estímulo de la actividad normal. Esta incapacidad revélase, en la esfera intelectual, por la lentitud de las operaciones cerebrales y un estado de profunda depresión: las ideas se asocian con menos facilidad; la memoria, aunque se conserve, es menos viva y rápida; la evocación y el recuerdo de antiguas sensaciones no se hace con la normal expedición.

Cotard (1) ha enseñado que ciertos melancólicos habían perdido la *visión mental*, cuya facultad consiste en representarse mentalmente las impresiones visuales percibidas con anterioridad: muy desarrollada en ciertos individuos (los pintores singularmente, y en general las personas de las cuales se dice que tienen *mucha vista*) (2), es menos viva en otros. En los estados patológicos, como la manía, y en ciertos alucinados, como hemos visto, puede estar la visión mental, notablemente exaltada; y, por el contrario, casos hay en los que aparece alterada ó abolida. Charcot ha observado un hecho curioso de este orden. Pues bien; en la melancolía, esta particularidad se observa á menudo. Cotard se pregunta, si no podría relacionarse este síntoma con las alteraciones manifestadas en ciertos melancólicos simples que se quejan de no ver los objetos sino confusamente, de no reconocerlos y de sentirse separados, como por un velo, de la realidad objetiva. Esta interpretación nada tiene de inadmisible. Pero nosotros no participamos de la opinión del autor, cuando se inclina á creer que el trastorno de los sentimientos afectivos en la melancolía, podría relacionarse con el de la visión mental. Algunos hechos que nosotros hemos podido analizar, nos vedan aceptar esta teoría.

Las perturbaciones de los afectos, voliciones y pensamientos que acabamos de reseñar, tienen, como consecuencia inmediata y habitual, un conjunto de trastornos funcionales y de modificaciones de la actitud del cuerpo y de la expresión de la fisonomía, que ocupan el primer lugar entre los signos objetivos de la afección.

La tristeza patológica va acompañada de una serie de síntomas análogos á los que se encuentran atenuados en los estados de tristeza fisiológica. La *pesadez* de cabeza, el *insomnio* que es habitual y á menudo muy rebelde, y la *anorexia* que

(1) Cotard, *Arch. de neurologie*, Mayo, 1884.

(2) Para más detalles sobre este punto, véase G. Ballet, *Le langage intérieur et les formes cliniques de l'aphasie*; Alcan, 2.ª ed., Paris, 1886.

se observa de ordinario desde el principio, pueden hasta cierto punto incluirse entre aquellos síntomas. Bajo su influencia, la fisonomía revela una impresión muy típica, los rasgos del rostro reflejan, en efecto, el dolor interior que oprime á los enfermos, los cuales permanecen fijos é inmóviles, la cabeza inclinada sobre el pecho y los ojos cubiertos por los párpados superiores, se inclinan y miran hacia abajo (fig. 57). Otras veces los músculos están contraídos ó en un estado de tensión convulsiva. Las cejas aparecen fruncidas, y como se ve en la figura, los pliegues formados en la raíz de la nariz por la contracción de los músculos de la frente, recuerdan vagamente la figura de una *omega* del griego. Se las ha dado el nombre de *omega melancólica*.

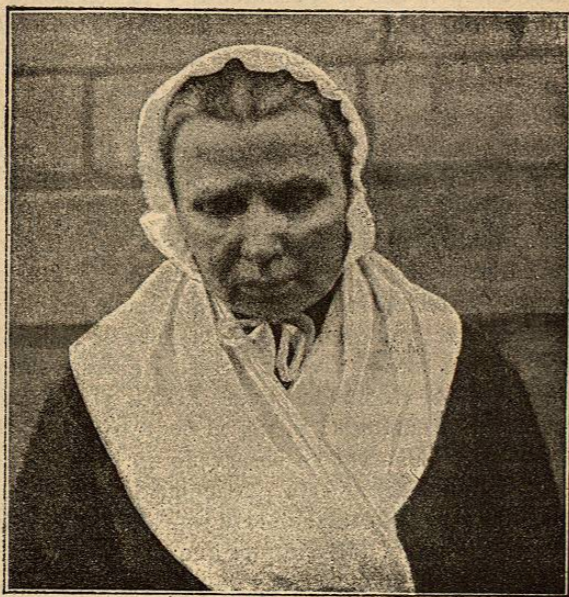


Fig. 57.— Melancólica.

La actitud corre parejas con la fisonomía; es abatida. Los enfermos hablan poco y en voz baja, y es preciso, por decirlo así, arrancarles la respuesta de las preguntas que se le dirigen. En casos no muy raros, el enfermo se encierra en un mutismo absoluto. Por el contrario, ciertos melancólicos se muestran llenos de ansiedad y más bien agitados; se quejan y se lamentan continuamente de sus angustias y de su sufrimiento, están agitados, profieren gritos y hacen gestos de desesperación. En los primeros, el dolor es concentrado é interno; en los otros comunicativo y expansivo.

El sentimiento de *impotencia*, que es correlativo al de tristeza, se acentúa en todos los movimientos. Estos, en efecto, se ejecutan con excesiva lentitud; el enfermo apenas contrae sus músculos perezosos ni mueve sus pesados miembros; la marcha es vacilante y los pies parecen desprenderse difícilmente del suelo. El esfuerzo espiratorio, necesario para hablar, parece superior á las fuer-

zas del enfermo, cuya voz, como antes digimos, es sorda, baja y á veces apagada; la palabra balbuciente, monótona, rara y laboriosa.

Se concibe que, bajo la influencia de semejante estado mental, se cumplan difícil y fatigosamente los actos más elementales de la vida ordinaria. Así, los enfermos se desdennan á sí mismos y descuidan sus personas. Es preciso estimularlos para que se asean y se vistan, y, abandonados á su inercia, pasan la vida tendidos en la cama ó en un sofá.

2.º Concepciones delirantes. — Los trastornos que acabamos de citar, son los fenómenos psíquicos fundamentales de todo estado melancólico. Se les encuentra siempre más ó menos acentuados, y pueden constituir por sí solos todo el desorden mental.

Mas en la mayor parte de los casos, se complican con concepciones delirantes que son el resultado de una tentativa de explicación que hacen inconscientemente los enfermos para justificar el penoso sentimiento que les embarga. En cuanto á su naturaleza, estos conceptos delirantes son de tres órdenes: 1.º, ideas de culpabilidad; 2.º, ideas de ruina; y 3.º, ideas hipocondríacas.

Los enfermos se reprochan de abandono de sus negocios, del descuido de sus hogares, de haber puesto en peligro sus fortunas y la de sus hijos, de no amar á sus familias, de haber comprometido los intereses ó el honor; se acusan de faltas imperdonables y de crímenes odiosos; se juzgan indignos y se creen grandes pecadores; Dios no puede perdonarles y están condenados al infierno; se les va á juzgar, á condenar y á conducir al suplicio.

Otros se imaginan arruinados y faltos de recursos, hasta verse desnudos, sin pan y á sus familias reducidas á la miseria.

En casos más raros, son las ideas hipocondríacas las que predominan. Quéjense los enfermos de no poder tragar, tienen un cuerpo extraño atascado en la faringe; sus estómagos están llenos y no pueden digerir ni recibir nuevos alimentos; se quejan de palpitaciones angustiosas, señales de una enfermedad de corazón ó de una apoplejía; se encuentran petrificados; los ojos les salen de la cabeza; sienten quemaduras en las vías urinarias, crujidos anormales en las coyunturas, hinchazón del cuerpo; en fin, se ven condenados á morir.

Las ideas de persecución son extrañas al cuadro clínico de la melancolía. Casos hay en que los enfermos atribuyen al mundo exterior las causas de las calamidades que les afectan; pero como hacen notar, primero Schüle y después Séglas, si el melancólico sufre por los demás, es porque está entregado á sí mismo; si se le quiere mal, es porque él es un miserable. Es un perseguido, sin duda, mas un perseguido que se acusa á sí mismo antes que á los demás. Así, él se parece á ciertos perseguidos que lo son por degeneración, con deformidad de los órganos genitales ó con hábitos viciosos, que no há mucho hemos descrito con el nombre de *perseguidos auto-acusadores*, y de los cuales trataremos más adelante.

Cualquiera que sea la naturaleza de las concepciones delirantes, es lo cierto que afectan caracteres que son comunes á todas y que Séglas ha puesto de relieve: a) El delirio es siempre *secundario*; sigue al trastorno emocional y constituye una explicación delirante. b) Es *penoso y monótono*. c) Es *humilde*. El enfermo se acusa siempre á sí mismo, como antes hemos visto, aun cuando

vaya luego á acusar á los demás. *d*) El melancólico es siempre *pasivo y resignado*. *e*) La explicación que él se da de sus falsas concepciones, es *retrospectiva*. Atribuirá, v. gr., su angustiosa situación á una comunión mal hecha á la edad de doce años. *f*) El delirio, en fin, es de *esperanza*, desde el punto de vista de sus consecuencias; el lipemaúíaco vive en la aprensión de una desgracia futura; está maldito; le van á matar. Como ha dicho justamente Lasègue, mientras que el perseguido es un condenado, el melancólico es un prevenido.

3.º **Trastornos de la sensibilidad. Alucinaciones é ilusiones.** — La sensibilidad se encuentra perturbada con frecuencia en la melancolía. La *analgesia* más ó menos completa es bastante común, y se puede á menudo punzar ó picar los enfermos sin que acusen el menor dolor. Esta analgesia explica el que los melancólicos lleguen á mutilarse á sí mismos en algunas ocasiones. La sensibilidad de las mucosas puede estar tan embotada como la de la piel; y así, ciertos enfermos tragan cuerpos extraños, angulosos ó irritantes, sin experimentar molestias. En algunos se observa la anestesia muscular, y por ello pueden colocar sus músculos y miembros en las más extrañas posturas, sin sentir laxitud ni fatiga.

Otras veces, por el contrario, es la hiperestesia la que se observa; las impresiones exteriores son molestas ó dolorosas, ó bien hay neuralgias particularmente en los territorios de los nervios intercostales, trigémino y occipital. A los fenómenos de este orden, que tienen su punto de partida en las diversas vísceras (útero, abdomen, corazón y faringe), deben relacionarse probablemente ciertas ideas hipocondríacas de manifestación angustiosa. Las *ilusiones* no son raras en las formas acentuadas de la melancolía; al menos, las diversas impresiones sensoriales despiertan ideas relativas á la disposición mental del enfermo. Un leve ruido, un grito, un silbido, son interpretados en el sentido del delirio; es la señal del suplicio que se prepara, es el martilleo de armar el patíbulo, son los gritos de los hijos ó parientes que mueren degollados. Lo mismo sucede con la interpretación de las palabras que oyen los enfermos; ellas expresan el menosprecio, el insulto ó la amenaza. No puede decirse en rigor si deben considerarse como verdaderas alucinaciones ó simples ilusiones las falsas sensaciones gustativas y olfatorias que á menudo se observan; quéjense los enfermos de sentir en la boca sabores de substancias tóxicas, y dicen oler á azufre y á cadáver. La misma duda hay en lo que concierne á las sensaciones visuales; las alucinaciones de este orden, si tal nombre merecen (1), son muy elementales; se refieren á formas vagas, á chispas de fuego que surgen en la obscuridad y á imágenes fantásticas. En algunos casos se precisan, y los melancólicos ven animales espantosos y diablos negros. No es raro notar la variedad de fenómenos psico-motores que se conocen con el nombre de impulsiones verbales y que dan origen á verdaderas alucinaciones (alucinaciones verbales ó psico-motoras). Algunos autores (Ségla) consideran á las alucinaciones psico-motoras como mucho más frecuentes que las auditivas. He aquí su mecanismo: en el estado normal, cuando pensamos, *hablamos* más ó menos mentalmente nuestro pensamiento, y si esta palabra in-

(1) Revertegat, Contribution à l'étude clinique des hallucinations dans la mélancolie; Thèse de Paris, Diciembre, 1893.

terior se hace más viva, se exterioriza y va acompañada de movimientos de la lengua y de los labios. Este fenómeno se observa de ordinario en la melancolía, en cuyo caso la conversación mental es cosa corriente. Los enfermos hablan á su pesar y «dicen cosas que no quisieran decir». De esta suerte, se encuentran naturalmente conducidos á creer que otro habla por su boca y les sugiere los pensamientos, y esta creencia les lleva fatalmente á la idea de la posesión, en particular á la de posesión diabólica, que es más común en ciertas formas de la melancolía (melancolía ansiosa).

4.º **Actos.**—Hemos visto que la actitud de los melancólicos es la de los resignados y afligidos; en general, los enfermos de esta clase son inofensivos en absoluto para los que le rodean. Se cuenta de ellos que han cometido homicidios, con el fin de ir á espiar en el cadalso sus faltas imaginarias; pero estos hechos no son afortunadamente más que curiosas y raras excepciones; háblase también de lipemaúíacos religiosos que sacrificaban sus hijos para procurarles el cielo; mas no nos parece demostrado que tales hechos se refieran á verdaderos melancólicos. Por el contrario, los enfermos son peligrosos para sí y deben estar sometidos á una vigilancia rigurosa y continua.

A menudo se les ve rehusar los alimentos. Se obstinan en no comer, cuando se juzgan arruinados é incapaces de pagar su alimento ó cuando se creen indignos y acreedores á la muerte; mas rara vez se abstienen por temor de un envenenamiento. Otras veces, muéstranse indiferentes ante su comida y esperan á que se les inste para tomarla; otras oponen á las instancias una resistencia obstinada y sólo aceptan algunos bocados de los más groseros, sopa, pan, etcétera, ó rehusan todos los alimentos y obligan á que se les alimente con la sonda. Algunos se precipitan sobre sus materias fecales y las engullen con avidez. Esta *coprofagia* es más á menudo el resultado de ideas delirantes, que no de una simple perversión del gusto; y se explica, tanto por el deseo que tiene el enfermo de hacer penitencia y de espiar sus faltas, como por la idea de recuperar las fuerzas que la defecación le hace perder, ó porque se expone á grandes males si no hace desaparecer estas materias.

La tendencia á mutilarse y al suicidio, es casi la regla en los melancólicos. Se dejan llevar por una especie de impulsión irreflexiva, pero en otros casos, el acto parece razonado y voluntario. Decidido el suicidio, intentan tirarse por una ventana, á ahorcarse, y más raras veces, á envenenarse ó á herirse con instrumento cortante ó arma de fuego. Y no es sólo en el período agudo de la dolencia cuando el suicidio es de temer; aunque el enfermo esté mejor y lo parezca en la convalecencia, no debe perderse nunca de vista, pues un retroceso inopinado á las ideas tristes ó á las impulsiones insanas, hacen surgir el peligro cuando menos se le espera. Nunca hay seguridad, sino cuando la curación es completa.

5.º **Alteraciones orgánicas.**—Las funciones digestivas están constantemente alteradas en la melancolía. Los labios y las encías aparecen algunas veces secos y fuliginosos; la lengua, de ordinario blanca, pastosa y cargada de una capa saburrosa; la saliva escasa, espesa y viscosa; el aliento fétido. Estos síntomas indican que el estómago y el intestino funcionan defectuosamente. Las investigaciones practicadas al objeto de averiguar directamente el estado de la secreción gástrica (Van Noorden, Pachoud, Leubuscher y Ziehen) no han con-