

ducido, en verdad, más que á resultados contradictorios (1). Unas veces se ha encontrado la acidez normal, otras la hiperclorhidria y otras la hipoclorhidria. El *estreñimiento* es la regla; estreñimiento tenaz y obstinado que resiste á los más enérgicos purgantes y que parece depender de varias causas: atonía de las paredes y disminución de las secreciones del intestino. Algunas veces aumenta por las ideas delirantes del enfermo, que resiste á la necesidad de defecar, ante el temor de cometer una falta si la atienden.

Las *orinas* son de ordinario escasas y concentradas. La mayor parte de las investigaciones experimentales, hechas con el fin de establecer el grado de su toxicidad, están acordes en probar que las orinas de los lipemaníacos son notablemente más tóxicas que las normales (Chevalier-Lavaure, Mairé y Bosc, Böeck y Slosse, Brugia, Ballet y Roubinowtsch). Esta hipertoxicidad puede atribuirse en parte, pero sólo en parte, á las leucomaínas que la análisis química ha descubierto en las orinas de ciertos lipemaníacos, y, en efecto, encuéntrase en algunas, procedentes de estos enfermos, alcaloides muy tóxicos; pero otras veces sólo se les encuentra indiferentes. Así resulta al menos de las investigaciones que hemos practicado con Bordas (2). Precisa, pues, culpar á otros elementos á más de las leucomaínas, si hemos de explicarnos la toxicidad constantemente acentuada de las orinas de los melancólicos. Hacen falta nuevos estudios para esclarecer este punto. Nada nos autoriza á hacer responsables á la albúmina, glicosa, ácido oxálico y acetona que algunos autores (Caziatcki, Adler, Marro, Cristiani, etc.) han encontrado en las diversas formas de enfermedades y accidentalmente en la lipemania. Por lo demás, independientemente de los principios anormales que denuncia la análisis química, encuéntrase los elementos normales en proporciones diferentes de las fisiológicas. Mairé ha demostrado con claridad que hay aumento notable en la cifra de fosfatos térreos, y, por el contrario, disminución del ázoe y de los fosfatos alcalinos. Otros autores (Mazouki, Mabile y Lallemand) han notado aumento de ácido úrico. Estos estudios, por interesantes que sean, exigen que se les tome con la precaución de no agruparlos en conjunto para compararlos entre sí, sino en los casos clínicamente idénticos. Dichos estudios no son bastantes, á pesar de haber establecido de una manera irrefutable la hipertoxicidad de las orinas de los melancólicos y de haber determinado la naturaleza de los agentes tóxicos, hasta que precisen el origen de los últimos y determinen si son causa ó efecto del trastorno mental. Sobre este punto, todo está por hacer. Pensamos, sin embargo, que los elementos nocivos de las orinas de los lipemaníacos provienen, en gran parte, de las fermentaciones gastro-intestinales. Estas orinas, en efecto, parecen ser más tóxicas, cuanto más acentuadas son las alteraciones digestivas. Los favorabilísimos efectos de la antisepsia intestinal y del lavado del estómago, de que más adelante hablaremos con motivo del tratamiento, constituyen un argumento más en pró de nuestra hipótesis.

El *sudor*, como la orina y la mayor parte de las excreciones, se encuentra disminuído, y á menudo suprimido en la melancolía: de aquí, la sequedad de

(1) Leubuscher et Ziehen, Variations de la quantité d'acide chlorhydrique dans les psychoses; in *Neurol. Centralblatt*, núm. 30, 1892.

(2) Véase su relación con las orinas de los melancólicos. *Compte rendu du Congrès des médecins aliénistes tenu à la Rochelle en 1893.*

la piel, que es rugosa, al propio tiempo que los pelos se tornan secos y frágiles.

La *respiración*, salvo en los paroxismos de angustia en que se hace irregular, amplia y alguna vez anhelosa, es lenta y superficial. Sobre todo, en la lipemania con estupor, es donde este carácter se acentúa. Marcé ha observado, que, en estos casos, la respiración se hace por sacudidas compuestas por una serie de inspiraciones sucesivas.

El *pulso* es de ordinario pequeño y duro, pero su frecuencia es muy variable; es lento cuando el enfermo está inmovilizado por el estupor, y acelerado, por el contrario, durante los paroxismos de ansiedad ó cuando el delirio alucinatorio es intenso. Los latidos del corazón contrastan algunas veces con los del pulso y son fuertes y estrepitosos, mientras que las pulsaciones de la radial atestiguan por su poca amplitud una astenia vascular muy acentuada. Puede comprobarse, sobre todo durante los momentos de angustia, brotes congestivos hacia la cabeza: trátase de alteraciones vaso-motoras que coinciden de ordinario con amplias y fuertes pulsaciones de las carótidas. Pero, en el conjunto, la circulación en los melancólicos es más bien lánguida, por eso se observan á menudo, el enfriamiento, la cianosis y alguna vez el edema de las extremidades.

La *menstruación* está suprimida de ordinario: algunas veces por oposición, en la época de la menopausia, hay metrorragias abundantes que contribuyen á agravar la anemia y debilidad de las pacientes. Las *funciones sexuales* se encuentran anuladas; los enfermos se entregan, sin embargo, algunas veces, al onanismo de una manera casi impulsiva; pero el caso es mucho más raro que en los estados de excitación maníaca.

Las alteraciones de la circulación y de la respiración unidas á la inacción é inmovilidad habituales en los enfermos, contrarían la hematosi que se verifica de un modo defectuoso. También es defectuosa la nutrición y los enfermos, poco ó mucho, adelgazan. La temperatura baja algunas décimas de la cifra normal y en ciertos casos graves, los trastornos de la nutrición conducen á la caquexia; entonces pueden producirse petequias, hemorragias sub-cutáneas y hematomas de la oreja.

FORMAS. — Aun cuando todos los melancólicos presentan un conjunto de síntomas que les son comunes y que permiten diferenciarlas de otros vesánicos, difieren, sin embargo, unos de otros, sea por el grado de la depresión que les afecta, sea por la presencia ó falta ó naturaleza de las ideas delirantes que se asocian á la depresión, sea en fin, por ciertas particularidades de su fisonomía y de su modo de reacción contra las impresiones dolorosas que experimentan. Nada hay en los enfermos, desde la edad hasta sus antecedentes etiológicos, que no sea susceptible de modificar en cierta medida, el aspecto, la evolución y la gravedad de la afección. Así, es necesario, después de haber puesto de relieve las manifestaciones que son comunes á casi todos los casos, agrupar estos según sus analogías y diferencias; pero si en este camino de análisis, se va muy lejos y se tienen en cuenta todos los caracteres diferenciales, aun los de importancia secundaria, se cae en el extremo de multiplicar más de lo debido las variedades de la melancolía. Nos parece lo mejor, para una descripción didáctica, desdeñar los detalles é indicar algunas formas que resuman los caracteres más salientes de los diversos estados melancólicos.



Krafft-Ebing (1) divide los melancólicos en dos grandes grupos: la melancolía simple y la melancolía con estupor; y subdivide el primero de estos grupos en otros tres: melancolía sin delirio, melancolía ansiosa y melancolía delirante (con ideas religiosas ó hipocondríacas).

J. Falret (2) admite tres variedades principales: la melancolía con conciencia, la melancolía depresiva y con estupor, y la melancolía ansiosa. En el fondo, hay gran analogía entre estas dos clasificaciones, que aunque puramente sintomáticas, agrupan las diversas formas de la lipemania todo lo naturalmente que permiten nuestros actuales conocimientos.

La clasificación que seguiremos, es un término medio entre las dos que preceden. Creemos que deben describirse cuatro formas principales de la melancolía: 1.º, la simple; 2.º, la depresiva con ideas delirantes; 3.º, la con estupor; y 4.º, la ansiosa.

1.º *Melancolía simple* (ó melancolía con conciencia).—Esta forma se observa rara vez en los Asilos; puede decirse que es la melancolía de la ciudad. Toda la sintomatología se reduce, en esta variedad, á la tristeza y á la depresión, sin que se añada idea delirante alguna, al menos caracterizada. Los enfermos experimentan un vivo dolor moral; afectan una indiferencia general para las personas y las cosas; no se interesan por nada ni muestran por sus allegados la afección de otras veces; son inactivos é incapaces para el trabajo. Padecen además de temores vagos, de aprensión de volverse locos, de morir, de perder sus familias ó de arruinarse. A menudo manifiestan remordimiento por los hechos pasados y se acusan de faltas reales ó imaginarias; repróchanse haber matado á sus padres en fuerza de disgustos ó por falta de cuidados; de haber faltado á sus deberes matrimoniales. Estos sentimientos coexisten con un estado de perfecta lucidez; los enfermos se dan cuenta exacta de los cambios sobrevenidos en su carácter y en su humor y sufren mucho; como ha dicho J. Falret, éstos son *hipocondríacos de la moral*. No deliran, y cuando más, puede observarse en ellos algunas vagas ideas de ruina y de culpabilidad, juntamente con preocupaciones relativas á su salud. Quéjense continuamente y cuentan á todo el que llega sus temores y su desesperación. Consultan voluntariamente á los médicos; pero no se dejan convencer por los consejos animosos que se les prestan, bien diferente en esto de los neurasténicos simples y de ciertos hipocondríacos que se conforman más ó menos tiempo con la palabra del médico. Tienen, en fin, tendencia al suicidio, y es preciso vigilarles con cuidado.

2.º *Melancolía depresiva con ideas delirantes*.—Este grupo de melancólicos le encontramos en los Asilos. La depresión es más acentuada que en la melancolía simple, y además nótanse ideas delirantes cuya intensidad es tal, que los melancólicos de esta forma han sido asimilados á los monomaniacos en una época en que se desconocía la importancia del trastorno emocional primitivo, y no se preocupaban los alienistas más que de los trastornos intelectuales, que, como ya dejamos demostrado, son secundarios y subordinados. Los enfermos, ó bien se imaginan afectados de graves enfermedades, de lesiones orgánicas irreparables, que comprometen su existencia, ó bien, y esto es más común, se acusan de faltas imaginarias; se creen grandes culpables, indig-

(1) Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie, loc. cit.

(2) J. Falret, Soc. médico-psychol. in *Ann. médic. psychol.*, Enero, 1890.

nos de compasión y de piedad, ó se juzgan arruinados, y ven á sus familias en la penuria y en la miseria. En esta variedad, las alucinaciones y, sobre todo, las ilusiones son frecuentes, y á los enfermos de esta clase nos hemos referido en la descripción general de síntomas. Tristes y melancólicos, permanecen inmóviles en un rincón de su cuarto, y es preciso solicitar mucho su atención para que respondan á las preguntas que se les dirigen; sus palabras son apagadas, lentas y entrecortadas, y no parece sino que las pronuncian con grande esfuerzo. No es infrecuente que por un instante salgan estos enfermos de su inmovilidad y de su mutismo para lamentarse, con cierta insistencia, de los tormentos morales que padecen. A menudo también muestran cierta ansiedad, análoga á la que habitualmente se observa en los enfermos de otro grupo, que pronto estudiaremos; entréganse á actos automáticos; intentan tirarse por la ventana ó ahorcarse y, más rara vez, cometen actos de violencia contra las personas que les rodean. Después de estas crisis de agitación, de *raptus melancólicos*, tornan á su estupor.

3.º *Melancolía con estupor*.—Es la precedente llevada á un grado mayor, con inmovilidad más completa y mutismo absoluto. Importa mucho fijar la significación del adjetivo que rige á esta forma de melancolía. La frase *melancolía con estupor* se ha tomado, en efecto, en diversos sentidos. Baillarger la ha usado para designar ciertos estados que nosotros creemos cuadran mejor en la confusión mental y en la estupidez, que serán objeto del capítulo siguiente.

Pero eliminando del cuadro de la melancolía los hechos aludidos por Baillarger, resta todo un grupo de casos que pertenecen legítimamente á la lipemania, y á los cuales conviene la designación de *melancolía con estupor*, á menos que no se prefiera la expresión *melancolía atónita*, que es sinónima de la primera, y más comunmente empleada por los autores extranjeros.

Para fijar desde luego las ideas, creemos necesario, aun á riesgo de tratar algo que corresponde al capítulo siguiente, hacer un paralelo entre la melancolía con estupor de Baillarger (forma de la confusión mental alucinatoria) y la melancolía con estupor, tal y como nosotros la concebimos, y que es en realidad una variedad legítima de la lipemania. He aquí cómo Baillarger describe los caracteres del tipo morboso que ha tenido en cuenta: « Los enfermos, dice, tienen el semblante triste, pero al mismo tiempo expresan algo de *asombro*; sus rasgos fisognómicos no son contraídos y la mirada *incierto*; nada indica en ellos la contención dolorosa de la inteligencia, y parecen, al contrario, en un estado *pasivo del todo*. Estos alienados responden lenta y brevemente á las preguntas que se les hacen; buscan la contestación y nunca su silencio es obstinado. Si no hablan, no es á causa de un proyecto que meditan ó por la fijeza de una idea que absorbe su atención, sino por una especie de *apatía*, por *pereza*, por *obtusión intelectual* » (1).

Muy diferentes son los verdaderos melancólicos con estupor, en los cuales la inmovilidad, la concentración y el mutismo resultan del sentimiento de profunda tristeza que les oprime, y de las ideas delirantes que de ella derivan. Esquirol (2) lo ha dicho elocuentemente: « La sensibilidad, concentrada sobre un objeto, parece haber abandonado todos los órganos; el cuerpo muéstrase im-

(1) Baillarger, Recherches sur les maladies mentales, t. 1, pág. 667.

(2) Esquirol, Maladies mentales, t. 1, pág. 414.



pasible á toda impresión, mientras que el espíritu no actúa más que sobre un solo asunto, que parece haber absorbido toda la atención y suspendido el ejercicio de todas las funciones intelectuales. La inmovilidad del cuerpo, la fijeza de los rasgos de la fisonomía y el silencio obstinado, denuncian la contención dolorosa de la inteligencia y de los afectos. No es un dolor que se agita, que se lamenta, que se llora y que se expresa con ayes, sino un dolor que se oculta y que carece de lágrimas y de expresión». La diferencia, mejor dicho, la oposición entre los dos estados es tan acentuada en el fondo, como en el hábito de los enfermos y en su expresión por la fisonomía. Más tarde insistiremos, á propósito de la confusión mental, sobre la melancolía con estupor de Baillarger, en la cual la inteligencia está obscurecida, las ideas confusas y el estado emocional variable y dependiente de las alucinaciones é ilusiones, que, como en ciertos ensueños, dominan el espíritu de los enfermos; nosotros concretaremos aquí nuestra teoría á la melancolía con estupor, que pertenece legítimamente á la lipemania, porque está constituida, como todo estado lipemánico, por un trastorno emocional primitivo, al cual se añaden ideas delirantes á consecuencia de la explicación que provee el enfermo á su trastorno afectivo.

Esta forma de melancolía, rara vez empieza de pronto, más á menudo es consecutiva á las otras formas que dejamos descritas. Una vez constituida, el aspecto, la fisonomía y la actitud de los enfermos es característica: inertes é inmóviles estos melancólicos, parecen indiferentes á todo lo que se dice ó pasa á su alrededor. Las facciones contraídas, expresan un intenso dolor; las pupilas están, de ordinario, dilatadas, y los ojos bajos mirando al suelo. El mutismo es absoluto, ó bien, por intervalos, el enfermo balbucea algunas palabras por lo general, incomprensibles. Las manos cuelgan de los brazos, y alguna vez parecen cianóticas; los miembros toleran cualquier postura en que se les coloque, aun aquellas que en el estado normal provocarían fácilmente la fatiga, y en la misma permanecen largo tiempo, como si el enfermo hubiera perdido la facultad de reaccionar. El insomnio es habitual. «A menudo, durante la noche, el enfermo adopta y conserva las actitudes más incómodas, lo cual revela su deseo de padecer y hacer penitencia; algunas veces, durante estas horas, permanece semitendido y con la barba sobre el pecho, para ocultar su rostro y su vergüenza». (Schüle). A menudo, también se observa una rigidez muscular difícil de vencer; no se alcanza, sino penosamente, á enderezar la cabeza, y apenas se deja, vuelve con rapidez á su flexión; la sensibilidad parece abolida, pero esto no es más que una ilusión, porque casi siempre, cuando se pellizque fuertemente, se pinche ó se electrice la piel de los enfermos, se ven correr las lágrimas y contraerse los músculos de la frente y de los párpados. El pulso es lento, pequeño y contraído; la respiración, disminuída; la temperatura, algunas veces, ligeramente inferior á la normal; el estreñimiento, absoluto. La nutrición se cumple mal, y la piel se torna seca. Unas veces, el enfermo deja de comer; otras, rehusa el alimento que se le ofrece y se niega á tragarlo, obligando á recurrir á la sonda. El estupor absoluto alterna algunas veces con fases de excitación relativa, durante la cual el enfermo se lamenta y gime.

Este estado se disipa lenta ó bruscamente. Después del recobro de la salud, el melancólico conserva recuerdo del estado de su espíritu durante el curso

de las fases de depresión absoluta; refiere entonces los penosos sentimientos que le dominaban, las angustias de que era presa y las ideas de culpabilidad, indignidad, faltas imaginarias, ruinas é impotencia que le obcecaban.

4.º *Melancolía ansiosa*. — En el curso de las diferentes variedades de lipemania que acabamos de describir, pueden observarse paroxismos de ansiedad, durante los cuales los enfermos salen de su inmovilidad y rompen su mutismo, para quejarse de una sensación de angustia en el epigastrio ó en el tórax; se lamentan de su penosa situación y prorrumpen en gemidos. Este hecho, basta á probar que las formas diversas de la melancolía son simples variedades de aspecto de la enfermedad, sin que exista línea profunda de demarcación que las separe.

Sin embargo, la forma ansiosa de la melancolía, reviste en algunos casos un aspecto, una marcha y una evolución tan especiales, que se ha llegado á atribuirle una autonomía y personalidad que jamás alcanzaron las demás formas de la melancolía.

Los melancólicos ansiosos representan á los melancólicos *activos* de Esquirol, los *gemidores* de Guislain y de Morel. La actitud y la manera de ser de estos enfermos son muy diferentes de la de los melancólicos con estupor y aun de la de los melancólicos simplemente depresivos. En lugar de concentrar sus dolores, los ansiosos quéjense á todo el que llega, van y vienen maquinalmente, hacen gestos de desesperación, lamentanse sin cesar y se desahogan con gemidos. De tarde en tarde, cuando las ideas delirantes se hacen más imperiosas, acusan (y á esto deben su nombre) una ansiedad más ó menos viva; experimentan entonces en la región epigástrica y en el corazón una sensación penosa, como de opresión ó constricción. Este aura se extiende al cuello y á la cabeza, y va acompañada de una sensación de angustia intensa, seguida de lágrimas, de lamentaciones y, algunas veces, de movimientos impulsivos, de lo más peligroso. En el paroxismo de su agitación, los melancólicos ansiosos deben estar sometidos á una vigilancia rigurosa; el suicidio, las auto-mutilaciones, y más rara vez el homicidio, son la consecuencia de estos raptus, mucho más comunes en esta forma de la melancolía que en las otras. Luego indicaremos las transformaciones que son susceptibles de experimentar las ideas delirantes en estos enfermos (ideas de negación, de enormidad), en los casos en que la afección se hace crónica.

MARCHA. — DURACIÓN. — TERMINACIÓN. — PRONÓSTICO. — Hemos indicado las diversas maneras de comenzar el acceso melancólico: principio brusco ó principio lento con prodromos. El período de estado no goza de uniformidad; en general, cualquiera que sea la forma de melancolía de que se trate, obsérvese de un día á otro, ó de uno á otro momento del mismo día, exacerbaciones y remisiones de los síntomas. La depresión y la ansiedad son ordinariamente más acentuadas por la mañana, y las alucinaciones y panofobia, por la tarde ó á la proximidad de la noche. Los cambios de temperatura, particularmente el frío intenso, la acentuación de los desórdenes gastro-intestinales y la vuelta del período menstrual, determinan á menudo una exageración de los trastornos.

La *curación* es el término relativamente frecuente de la enfermedad, y tanto más derecho se tiene á esperarla, cuanto más jóvenes son los pacientes. Al-



gunas veces, se curan pronto; rara vez, antes de tres ó cuatro semanas; más á menudo, después de tres, cuatro ó cinco meses; y en algunos casos, pasan un año, quince meses y aún más de enfermedad. La curación puede ser brusca, y verificarse de la tarde á la mañana: el hecho es raro, y se observa sobre todo en las crisis de melancolía que dependen de la locura periódica. De ordinario, la curación se establece de una manera lenta y gradual, la depresión se atenúa poco á poco, las ideas de culpabilidad ó de ruina obcecadas menos, los enfermos se abstraen menos tiempo, y no en absoluto, y comienzan á tomar interés por las cosas que les rodean. Sin embargo, es raro que el recobro de la salud se verifique de un modo regular y progresivo; por lo general, es retardado é interrumpido por períodos de retroceso momentáneo, suerte de recaídas temporales que se hacen cada vez menos durables y frecuentes. La melancolía simple ó con ideas delirantes, y la melancolía con estupor, curan más fácilmente que la melancolía ansiosa.

Las *recidivas* son comunes, y los accesos tienen tanta menos tendencia á terminar favorablemente, cuanto han sido precedidos por mayor número de crisis ó mayor edad alcanzan los enfermos.

La melancolía, si no se cura, pasa al estado crónico, y en este caso, son posibles varias eventualidades. Unas veces, las ideas delirantes persisten, pero en cierto modo estereotipadas en alguna modalidad; las alucinaciones se atenúan, los gestos y la mímica se tornan automáticos, el estupor cede su puesto á una especie de estupidez, la inteligencia se debilita y los enfermos no tardan en caer en la *demencia*. Otras veces, sustituye á la melancolía un delirio sistemático con alucinaciones variables, ideas de persecución y místicas, que se comportan como tales delirios sistemáticos. Estas locuras sistematizadas (*paranoia secundaria*, de los autores no franceses), reclaman nuevas investigaciones, tanto en sus relaciones con la melancolía, como en el lugar que les corresponde en los cuadros nosológicos.

Pero hay una forma particular de delirio, cuyos caracteres clínicos y significación pronóstica han sido particular y felizmente estudiados en Francia durante los últimos años, y que puede ser la consecuencia de ciertas formas de melancolía, sobre todo de la ansiosa: nos referimos al *delirio de las negaciones* (1).

Las ideas que caracterizan esta forma de delirio, siempre idénticas en el fondo, son variables en cuanto al objeto. Unas veces se relacionan con la organización física: los enfermos no tienen estómago, les falta el corazón, la sangre, el cerebro y carecen de aberturas naturales ó las tienen cerradas; se encuentran desecados; otras, se refieren á las funciones psíquicas: los enfermos no piensan, carecen de voluntad ó de afectos. Hay casos, finalmente, en los cuales las tendencias negativas trascienden al mundo exterior y á las concepcio-

(1) Pueden leerse los siguientes trabajos, relativos al delirio de las negaciones: a) Cotard, Du délire hypocondria que dans que forme grave de la mélancolie anxieuse; in *Ann. médico-psychol.*, set. 1880, et Du délire des négations; in *Arch. de neurologie*, nos 11 et 12, 1882. — b) Ségla, Séméiologie et pathogénie des idées de négation; in *Ann. méd. psychol.*, 1889, et Note sur un cas de mélancolie anxieuse; in *Arch. de neurologie*, n° 22, 1884. — c) Arnaud, Sur le délire des négations; *Ann. méd. psychol.*, nov. et déc., 1892. — d) Compte rendu du Congrès des médecins aliénistes tenu à Blois en 1892 (Rapport de M. Camuset sur le délire des négations, et discussion de ce rapport). — e) Toulouze, Le délire des négations; *Revue et Gaz. des hôpitaux*, n° 32, 1893. — f) De Cool, Contribution à l'étude du délire des négations, Th. Paris, décembre, 1893.

nes metafísicas: nada existe, las personas que los rodean han muerto, los médicos no lo son, los alimentos son sombra de alimentos, no hay alma, ni justicia, ni Dios.

Las ideas de negación se observan en las circunstancias más diversas. Bailarger ha mostrado, hace mucho tiempo, su frecuencia en las formas depresivas de la parálisis general: también se observan en los débiles de inteligencia, en la demencia senil y en ciertos perseguidos.

En la melancolía, particularmente en la de forma ansiosa, pueden mostrarse las ideas de negación más ó menos mezcladas á otras concepciones lipemánicas, sea al principio ó bien en un período poco avanzado de la afección. En este caso, no entrañan siempre un pronóstico desgraciado, como el que hacen temer cuando son consecutivas ó aparecen en las circunstancias que nos faltan por indicar.

Cotard tiende á demostrar que el delirio de las negaciones es consecuencia de la melancolía ansiosa y considera esta transformación como de mal agüero, porque indica cronicidad. Particularmente los melancólicos de edad avanzada, que han tenido anteriormente otros accesos lipemánicos y en los cuales pesa la herencia vesánica, son las víctimas de esta transformación. Después de una primera fase de melancolía ansiosa, caracterizada por la ansiedad, por ideas de culpabilidad, de daño ó de posesión, con analgesia y propensión al suicidio y á las auto-mutilaciones voluntarias, aparecen las ideas de negación. Estas son relativas, como ya hemos dicho, ora á la constitución física ó psíquica del enfermo, ora al mundo exterior. Su esfera de acción va extendiéndose de día en día en una especie de sistematización progresiva. Los enfermos empiezan por negar sus órganos, sus sentimientos y su inteligencia; después, niegan el mundo que les rodea; ellos no viven, ni vive nada á su alrededor. Por una deducción bastante singular, llegan algunas veces, partiendo de sus falsas concepciones á la idea de la *inmortalidad*; figúranse contruídos de piedra, y por tanto, incapaces de morir (Régis); otras que no se les puede matar, porque una bala de revólver rebotaría en su cabeza, vacía como un armario (Toulouze); «lo que de ella resta, es lo que no muere, es el esqueleto, lo que es eterno en fin». Los negadores acomodan su conducta á sus ideas; á menudo rehusan la comida, convencidos de que no tienen necesidad de alimentarse porque están muertos. Por la misma razón, oponen cierta resistencia á todas las tentativas que se hacen para obligarles á levantarse, andar y asearse. Estas ideas de inmortalidad son las que felizmente ha expresado Toulouze con la frase de *eternidad en la muerte*. Cuando el delirio de las negaciones aparece en las circunstancias que acabamos de indicar, y cuando se va sistematizando de un modo progresivo y cada vez más perfecto, como ocurrió en los casos observados por Cotard, son signos de cronicidad é incurabilidad de la melancolía.

Se observa algunas veces, ya como consecuencia, ya apareciendo desde luego como un derivado ó ya independiente de la afección ó ideas de otro orden, que como las de negación se ingieren en el fondo melancólico y como ellas son de un grave pronóstico; tales son las ideas de *enormidad*. También corresponde á Cotard (1) el mérito de haber llamado la atención sobre esta forma de

(1) Cotard, Le délire d'énormité, Communication à la Société médico-psychologique de 26 de Marzo de 1888.