

sintomatología y rápida y grave evolución del delirio agudo. Suponer, por ejemplo, con Thulié, que en los casos en que hasta la misma congestión falta, la anemia basta para dar cuenta del cuadro morboso, es atribuir á este desorden vascular, cuya existencia *ante mortem* no está aún comprobada, un papel difícilmente aceptable. A lo más, pueden explicarse los trastornos en los casos en que aparecen los vestigios de una meningo-encefalitis agudísima. Pero parece, en oposición á las ideas de A. Foville, que estos casos son la excepción. Cuando hay verdaderas lesiones inflamatorias, es muy posible que se trate de las formas agudas de la parálisis general.

Por lo que se refiere á las simples perturbaciones vasculares, que á menudo constituyen toda la lesión, al menos apreciable, hay el derecho de creer con Calmeil y Marcé, que no dan explicación á los accidentes tan graves de la enfermedad. Si se reflexiona en las analogías que el delirio agudo tiene con el *delirium tremens* alcohólico, tanto desde el punto de vista anatómico como sintomático, no puede menos de pensarse que la hiperemia y aun las lesiones inflamatorias, cuando existen, son la revelación exterior de una alteración de los humores, infección ó auto-intoxicación, que sería la causa primera y determinante de la enfermedad. Briand (1) ha emitido recientemente esta hipótesis, la cual hasta hoy, es preciso confesar que descansa en simples inducciones, y no en pruebas de hechos concluyentes. No es posible, en efecto, encontrar un apoyo suficiente á esta manera de ver en investigaciones que, como las de Marro, ha hallado en la orina la acetona en cantidad notable, porque la acetonuria se observa en la mayoría de los alienados y aun en el estado normal (Bœck y Slosse). Hace poco que Blanchi y Piccinino (2), cultivando en el agar la sangre de los delirantes agudos, han aislado un bacilo que se colorea en el oscuro por el método de Gram. Los cultivos inyectados á los conejos, han determinado la muerte, y el microbio se le ha vuelto á encontrar en las meninges. Estas investigaciones necesitan aún continuarse.

Hay razón para preguntarse, si el delirio agudo es una enfermedad *única*, realizando una especie morbosa definida, ó si, por el contrario, constituye simplemente un síndrome, cuyas condiciones patogénicas son tan múltiples como su etiología. Muchos alienistas participan de esta última opinión, singularmente Mendel y Jolly. También milita en ella Schüle, para quien el delirio agudo no es más que una enfermedad *sui generis*, pero comprendiendo una serie de afecciones cerebrales agudas. Hemos visto que este autor describe tres formas de delirio agudo: maníaco, melancólico y paralítico. Pues bien; la forma maníaca correspondería á una hiperemia activa (agotamiento agudo), la forma melancólica á una congestión pasiva con éstasis sanguíneo y edema (asfixia cerebral), y la paralítica ó un estado anémico con inanición del cerebro.

TRATAMIENTO.—Las reglas y procedimientos de tratamiento aplicables al delirio agudo, no difieren sensiblemente de los que hemos expuesto á propósito de la forma intensa de la manía.

Como en los maníacos, deben proibirse los medios de contención, recurrir al aislamiento en una habitación cerrada, lejos de la luz viva y del ruido, y evitar las emisiones sanguíneas que debilitan.

(1) Briand, *loc. cit.*

(2) *Annales italiennes de Neurologie*, XI année, Fasc. I, p. I.

Contra la excitación, las envolturas con lienzos húmedos, los baños tibios y prolongados, y el uso simultáneo del cloral y de los bromuros alcalinos. No es preciso insistir en el empleo de los bromuros, si no se muestran eficaces con prontitud; y en cuanto al cloral, es necesario administrarle con moderación, ya que no proibirlo, como quiere Schüle.

Contra la fiebre, el sulfato de quinina y el salicilato de sosa prestan buenos servicios en algunos casos.

Se tendrá cuidado de combatir el estreñimiento con enemas.

No debe perderse de vista que el peligro del delirio agudo, viene sobre todo, de la depresión que sigue á la excitación. Se evitarán, pues, todas las medicaciones debilitantes y se recurrirá á las que sean propias para levantar las fuerzas del enfermo. La revulsión cutánea por medio de fricciones ó de sinapismos encontrarán aquí adecuado empleo. Pero lo más principal debe ser la alimentación, que será, según recomendación de Schüle, fuerte sin llegar á excitante. Se administrará de preferencia la leche, los huevos, el jugo de carne y el vino y la cerveza en pequeñas cantidades. Si los enfermos rehusan los alimentos, se recurrirá en último extremo á la sonda, para cuyo empleo habrá menester de procedimientos coercitivos, siempre peligrosos, por lo general. Se ensayarán los enemas nutritivos y se procurará que los líquidos alimenticios se traguen, cerrando las narices. También podrá utilizarse con ventaja el procedimiento recomendado por Fernet, que consiste en verter los alimentos en la nariz por medio de una cuchara ó cafetera provista de un pico *ad hoc*. Los líquidos, deslizándose sobre el suelo de las fosas nasales, llegan á la faringe y provocan movimientos reflejos de deglución.

BIBLIOGRAFÍA.—A. Foville, art. *Délire aigu* du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, Paris, 1872.—M. Briand, *Du délire aigu*, *Th. de Paris*, 1881.—Ball et Chambard, art. *Délire aigu* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, Paris, 1882.—Schüle, art. *Délire aigu* du *Traité clinique des maladies mentales*, *loc. cit.*, p. 310.—R. Percy Smith, art. *Acute delusion mania*, in *Dictionnaire* de H. Tuke, *loc. cit.*

#### LOCURA PERIÓDICA

Locura intermitente (Magnan).—Locura de formas alternas.—Locura de doble forma (Baillarger).—Locura circular (J. P. Falret).

DEFINICIÓN.—La locura periódica es una variedad de vesania caracterizada por su evolución, aun más que por sus síntomas. Consiste en accesos de manía ó de melancolía, unas veces aislados y otras conjugados, que se reproducen con mayor ó menor intervalo y á menudo un gran número de veces durante la vida de los enfermos.

Las afecciones descritas con los nombres de locura de *formas alternas*, locura de *doble forma* y locura *circular*, constituyen simples modalidades de la locura periódica.

Hemos visto que la manía y la melancolía, sobre todo, son susceptibles de recidivar, y veremos más adelante que estas recidivas son comunes cuando la manía y la melancolía dependen de la degeneración. Mas los accesos de manía y de melancolía de la locura periódica se distinguen por varios caracteres de

las recidivas de la manía y de la melancolía simples, de una parte, y de otra, de la repetición de los accesos de manía y de melancolía de los degenerados.

Todo acceso de manía ó melancolía simple, es, en general, provocado por causas físicas ó morales que actúan en razón de su intensidad ó de su duración: los accesos sintomáticos de la locura periódica pueden nacer espontáneamente sin la intervención de ninguna causa aparente que les provoque. Además, los últimos se desarrollan bruscamente sin ser precedidos, como los accesos de manía y de melancolía simple, por un período prodrómico más ó menos largo. En fin, su repetición es mucho mayor que en los recidivantes, los cuales rara vez pasan de dos ó tres en el curso de la existencia cuando el azar de la etiología los proporciona.

Por lo que hace á los accesos de manía y de melancolía degenerativa, no se desarrollan sino en un terreno especial; y, en sus intervalos, los enfermos presentan la debilidad intelectual y el desequilibrio de la mente que caracteriza á los degenerados. Al contrario, en la locura periódica, en los casos tipos y durante los primeros tiempos de la afección, la inteligencia de los enfermos es normal en los intervalos de los accesos.

**Evolución de la locura periódica.** — Esta variedad de vesania se caracteriza especialmente por su evolución, y por esto hemos de abordar su estudio por dicha evolución.

**Principio.** — a) Es, de ordinario, en un período bastante avanzado de la vida, entre los veinticinco y treinta y cinco años, cuando aparece el primer acceso. Hasta esta edad, nada anormal han presentado los enfermos, ni en su inteligencia ni en su carácter.

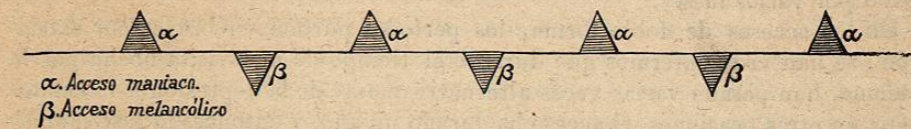
b) El primer acceso puede ser de manía ó de melancolía: los ulteriores accesos de melancolía ó de manía, se suceden con intervalos más ó menos largos y desiguales por lo común; se les ve suceder con dos, tres ó cuatro años de distancia. Unas veces, la sucesión carece de regularidad, y así se observan, por ejemplo, dos ó tres accesos consecutivos de manía, después uno de melancolía, y luego vuelve otro de manía. Otras veces, por el contrario, alternan regularmente los accesos de manía y de melancolía, y entonces se trata de la locura *alterna* (Delaye, Legrand du Saulle). Si los accesos de manía ó de melancolía se reproducen con intervalos iguales, cada año hacia la misma época, en primavera, por ejemplo, se dice que se trata de la locura *periódica*, propiamente dicha. En un momento más ó menos avanzado de la enfermedad, los accesos se complican: ya no se componen simplemente de una fase maníaca ó melancólica, sino de dos fases que se suceden sin intervalo lúcido intercalar, la una maníaca, melancólica la otra: esta es la locura de *doble forma* (Baillarger). El orden de sucesión de los dos períodos, varía según los casos: á menudo, el período de melancolía precede al de manía, pero la inversa se verifica con frecuencia. Puede darse el caso de que el enfermo, después de cumplirse el ciclo, lejos de recobrar la salud, vuelva á recaer en otro. Entonces se suceden, sin intercalación de ningún intervalo lúcido, un período de manía, otro de melancolía, y así sucesivamente, y se trata de la locura *circular* (J-P. Falret, Marcé). La locura de doble forma y la circular, pueden terminar á su vez en un estado permanente de manía ó de melancolía crónica; el enfermo muere entonces melancólico ó maniaco. Recorriendo los esquemas anejos á esta descripción, po-

drá juzgarse de una ojeada, mejor aún que por las explicaciones que preceden, la significación clínica de los títulos de locura alterna, periódica, de doble forma, y circular. Si ahora quiere seguirse con atención los cuadros que resumen la observación de tres enfermos (el primero se refiere á un enfermo que estudiamos hace tiempo, y el segundo y tercero los tomamos de Magnan), podrá verse cómo en el curso de la evolución de la locura periódica, alternan ó se suceden los diversos tipos que reviste esta variedad de locura.

TABLA 1.<sup>a</sup>

## ESQUEMA DE LAS DIVERSAS FORMAS DE LA LOCURA PERIÓDICA

## 1. Locura alterna.



## 2. Locura periódica, propiamente dicha.

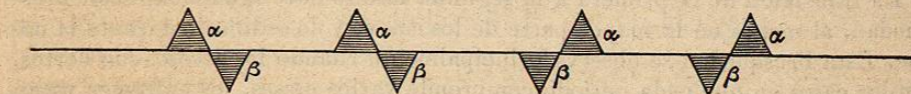
## a) Manía intermitente ó periódica.



## b) Melancolía intermitente ó periódica.



## 3. Locura de doble forma.



## 4. Locura circular.



Al ver estos cuadros, llamará la atención del lector el gran número de accesos simples de manía ó de melancolía que han precedido en cada caso observado á la aparición de los accesos de doble forma, y le sorprenderá el que algu-

nos autores (J. Falret) hayan dudado en aceptar que la afección no toma siempre desde el principio el carácter de locura de doble forma. Pero es preciso tener en cuenta, que estas dudas se remontan á época muy antigua. Por de contado, no es imposible que cierto número de accesos anotados como simples en la observación, hayan sido en realidad accesos de doble forma, porque el período de excitación y, sobre todo, el de depresión, pueden pasar fácilmente inadvertidos, si son poco acentuados. Hecha esta reserva, no debe declararse hoy que la locura intermitente pueda presentarse bajo la forma de accesos aislados de melancolía ó de manía, antes de revestir la de accesos conjugados.

c) Nada tan variable como la duración de los accesos de locura y de los intervalos lúcidos: en este punto no se puede indicar ninguna regla fija. El que los accesos de excitación y de depresión sean aislados ó conjugados importa poco, porque los hay que sólo duran cinco y seis días, mientras que otros persisten por varios meses.

En los accesos de doble forma, los períodos pueden ser breves por excepción: se han visto enfermos que durante el tiempo de una visita hecha por la mañana, han pasado varias veces alternativamente de la depresión á la excitación; en otras ocasiones, el acceso ha durado un año, y entonces la fase maníaca comprendía los seis meses de primavera y estío, y la melancolía los seis de otoño é invierno.

Podrá juzgarse de estas variaciones, leyendo el cuadro anejo á esta descripción, é igualmente podrá verse que los intervalos de lucidez comprenden algunas veces varios años, en tanto que otras no exceden de algunas semanas. En general, son tanto más largos estos intervalos, cuanto menos antigüedad tiene el acceso con relación al principio de la dolencia: más tarde, tienden á disminuir de duración.

d) Los accesos conjugados ó de *doble forma* pueden comenzar, ya por el estado de manía (Baillarger, Falret), ya por el de melancolía (Ludwig-Meyer, Guislain, J. Falret). El segundo modo de empezar es el más frecuente; pero cualquiera que sea el principio, los trastornos se desarrollan con bastante rapidez sin período prodrómico marcado; algunas veces estallan bruscamente, el enfermo se acuesta bueno y se levanta maníaco ó melancólico.

La transición de la primera á la segunda fase se hace igualmente con brusquedad, al menos en la mayor parte de los casos, y de ordinario durante la noche. Esta brusquedad se observa principalmente cuando los accesos son cortos. En los casos en que cada período comprende varios meses, los enfermos pasan lenta y progresivamente de la manía á la melancolía y al contrario. En fin, en algunos la transición se hace por oscilaciones (J. Falret); el melancólico, antes de caer francamente en la manía, pasa por cortos períodos de ésta y de melancolía, alternando. Sólo como recuerdo cito otros casos en los que pareció haber un corto intervalo lúcido entre las dos fases (J.-P. Falret, J. Falret, Ludwig Meyer), pues, en rigor, los hechos de este orden corresponden más bien á la forma alternante que á la conjugada.

En la forma doble, la duración relativa de las fases melancólica y maníaca puede ser igual; pero cuando una excede á la otra, la más larga suele ser la melancólica.

SÍNTOMAS.—Acabamos de ver cómo evoluciona la locura intermitente; res-

tanos indicar los caracteres que revisten los accesos maníacos y melancólicos que la constituyen. Comenzaremos por hacer notar que la sintomatología no es tan característica como la evolución, pues, salvo en algunos particulares, no difieren la manía y la melancolía de la locura intermitente ni de la manía y melancolía simples, ni de las degenerativas.

Sin embargo, ya hemos insistido en el hecho de que, contrariamente á lo que ocurre en la manía y en la melancolía simples, la manía y la melancolía intermitentes se desarrollan, por lo general, sin causa apreciable y con cierta brusquedad; aparecen de golpe, sin que las anuncien prodromos (Magnan).

Mas por brusco que sea el principio, puede anunciarse por un fenómeno que siempre se reproduce idéntico en cada acceso para el mismo enfermo. Un maníaco intermitente que tratamos, acostumbraba á beber un vaso de su propia orina en la proximidad de su accidente, y ninguno de los que le rodeaban se engañó jamás con la significación de este acto extraño. Otro enfermo de Schüle veía al principio de sus crisis un pájaro gris delante de su gorro, y otro, observado por Magnan, se ponía un peinador viejo. Háse notado también que, á la inversa de los demás locos, que huyen de ordinario de los asilos donde están encerrados, los intermitentes acuden voluntariamente cuando se ven en peligro de que les repitan sus accidentes, á los establecimientos donde antes se les acogiera.

1.º Acceso maníaco.—Reviste diferentes formas, las cuales pueden agruparse en tres clases: 1.ª, excitación maníaca; 2.ª, excitación maníaca con ideas de grandeza; y 3.ª, manía aguda.

La *excitación maníaca* es la forma más común. Se caracteriza «por la exaltación general de todas las facultades, por insana y exagerada actividad de la sensibilidad, de la inteligencia y de la voluntad y por el desorden de los actos, sin trastorno considerable del entendimiento ni incoherencia del lenguaje» (J. Falret). Las ideas son más abundantes y se asocian y suceden con mayor facilidad; al mismo tiempo se aviva la memoria. Los enfermos se tornan verbosos y prolijos; cuentan historias interminables; recitan largas tiradas de versos que aprendieron en otro tiempo y que ya se habían borrado más ó menos de su memoria, y asombran por la prontitud de sus réplicas y la agudeza de algunas de sus salidas. Son presa de una actividad devoradora, van y vienen, hacen innumerables visitas é importunan con su asiduidad, no sólo á las personas de su trato, sino á muchas otras que apenas conocen. Son emprendedores, aventureros y audaces; colocan y retiran los fondos de que disponen, juegan á la Bolsa, hablan de construcciones y sueñan con transformar sus propiedades. Su espíritu es fecundo en ideas inventivas, algunas originales, otras más bien ridículas y absurdas. Un enfermo hablaba de hacer curtir los pies á los soldados, para evitar al Tesoro el gasto de calzado (Baillarger). Algunos se muestran tan orgullosos y envanecidos de su persona, que se tornan altaneros, acerbos y mordaces; se gozan en molestar y vejar á las personas que con ellos conversan, se irritan si se les contradice ó replica, y se dejan llevar fácilmente de la cólera y de la violencia. Otras se dedican á sembrar cizaña y á procurar la guerra entre los que les rodean, y para conseguirlo cuentan falsas historias ó inventan calumnias y escándalos. Su actividad febril se revela algunas veces por actos nocivos ó criminales: los hay que llegan al robo y se apo-

deran de objetos más ó menos importantes, y otros que se entregan á la bebida y frecuentan las tabernas. No son raras las ideas eróticas ni los excesos genésicos; los hombres se complacen en propósitos obscenos, se entregan á la masturbación, frecuentan las casas de lenocinio y acosan á cuantas mujeres encuentran en la calle. Las mujeres olvidan el recato propio de su sexo; lanzan á los hombres miradas provocadoras y escriben á sus amantes cartas llenas de pasión. « En resumen, los sentimientos y los instintos sufren una transformación completa por la enfermedad; seres que antes eran dichosos y pacíficos, tórnanse tan violentos, coléricos, malvados y vengativos, que á menudo se dedican al engaño, al robo y al cinismo en la palabra y en los actos. Adquieren, en suma, vicios y defectos que no tenían en su estado normal, y que hacen imposible toda vida común con ellos » (J. Falret).

Algunas veces va acompañada la excitación maníaca, de verdaderas ideas delirantes; el contento, el sentimiento de satisfacción y la confianza en sí mismo que distingue siempre á los enfermos, ceden su puesto entonces á ideas de grandeza. Ya no son simplemente entusiastas y emprendedores, sino que se atribuyen cualidades imaginarias: se creen poetas, músicos, compositores ó bien aspiran á los altos puestos del Estado y quieren ser ministros ó embajadores; consideran realizadas, algunas veces, sus ambiciones pretenciosas y se juzgan príncipes de la sangre, emperadores y presidentes de la República. Hay entonces, cierta chocante analogía entre estos enfermos y los de parálisis general: ya volveremos sobre esta analogía al tratar del diagnóstico.

Por último, en ciertos casos, la excitación cerebral reviste, al menos temporalmente, una forma más aguda y entonces la sintomatología recuerda con exactitud la de la manía aguda: el lenguaje es incoherente y las frases se suceden sin orden lógico aparente; los enfermos se entregan á actos desordenados y estrepitosos, se agitan en todos sentidos; rompen los objetos á sus alcances; expresan en el curso de sus divagaciones algunas ideas vagas de ambición; los hombres creen ser Dios, y las mujeres la Virgen; no reconocen á sus parientes ni amigos y muéstranse algunas veces, violentos y furiosos.

Es lo más frecuente que estos accesos de manía aguda duren poco, pues constituyen exacerbaciones temporales en el curso de la excitación maníaca. Otras veces duran más largo tiempo, semanas y meses, tanto como el período de excitación de la manía intermitente.

Los alienados que vienen ocupándonos, se distinguen, por lo general, en los Asilos y Casas de Salud por cierta tendencia y cierta manera de ser más común en ellos que en los demás locos. A semejanza de algunos dementes, ellos tienen la manía de llenar sus bolsillos con cuanto objeto menudo cae en sus manos, botones, guijarros, pedazos de papel, cortezas de pan, etc., hasta el punto, que como dice Falret, basta registrarlos para hacer el diagnóstico de su afección. Además, tienen la costumbre de vestir de un modo extraño: las mujeres se hacen un peinado extravagante, añaden á sus trajes vistosos adornos, impropios de su edad, y descosen y recosen sus vestidos para darles formas estrambóticas: los hombres vuelven de revés sus ropas, se adornan con ornamentos estrafalarios, se disfrazan con guñapos ridículos, y cuando tienen verdaderas ideas de grandeza, inventan insignias fantásticas en relación con su imaginaria dignidad.

Durante los períodos de excitación de la locura intermitente, los enfermos, por lo general, engordan (Ludwig Meyer). Sus funciones, y en especial las digestivas, se cumplen con mayor actividad, pero de ordinario padecen de insomnio.

Se observa también algunas veces, como en ciertos degenerados con locura razonadora, brotes congestivos y ataques epileptiformes y apopléticos que pueden ser seguidos de trastornos afásicos ó paralíticos, por lo común transitorios.

2.º Acceso melancólico. — Como el acceso maníaco, puede afectar grados diferentes, á saber: 1.º, la depresión melancólica simple; 2.º, la depresión melancólica con ideas delirantes; y 3.º, la melancolía con estupor.

En la *depresión melancólica simple*, la fisonomía expresa abatimiento y desanimación profunda. Cuando esta depresión se manifiesta en el grado más débil, los enfermos hablan todavía con bastante voluntad: se quejan de la pérdida de su actividad física y moral y son incapaces de todo esfuerzo. Se resienten de un sentimiento de fatiga y de impotencia muy acentuado; el pensamiento es difícil y laborioso y las ideas se asocian con lentitud. Sufren con su triste suerte y este sufrimiento absorbe toda su emoción; el resto le es indiferente y la conciencia que los enfermos tienen de esta anormal indiferencia por las personas y las cosas, les es penosísima; sienten que son incapaces de sentir y que no aman ni á sus padres ni á sus hijos. En un grado más avanzado, la voz es baja y la palabra lenta y no se obtienen las confidencias de los enfermos, sino arrancándoselas frase por frase. La voluntad se encuentra en el mayor abatimiento; y para determinarse al acto más insignificante ha menester un gran esfuerzo, que no siempre está en su poder; por eso repugna toda actividad. Permanece de continuo tendido en su lecho y si se levanta, es para sentarse ó para huir á ocultarse en un rincón. Se concibe que en este estado no solamente abandonen los deberes de familia y los profesionales, sino también el cuidado de su persona y los más vulgares de limpieza. Abandonado asimismo, sucio y mal portado, se confina en una habitación retirada y se hace preciso todo el rigor de la disciplina para obligarle á lavarse y á vestir convenientemente.

Sobre este fondo de depresión mental, más ó menos acentuado, vienen á ingerirse algunas veces, ideas delirantes: estas son de ruina, de culpabilidad, de daño ó ideas hipocondríacas. Dichas ideas, van acompañadas en algunos casos de tentativas de suicidio. Otras veces, el enfermo se cree perseguido, padece alucinaciones del oído, se imagina que tratan de envenenarle con los alimentos y por esto los rehusa. En fin, el delirio melancólico puede tornarse hacia el carácter religioso, el enfermo se juzga en comunicación con las potestades celestes y en cuanto le rodea, cree ver demonios ó manejos de Satanás.

El período melancólico suele revestir, como hemos dicho, la forma de *melancolía con estupor*. En estos casos puede tratarse del estupor simple ó sea la depresión melancólica llevada al último extremo. Los enfermos yacen en absoluta inmovilidad, no articulan ni una sílaba; cuando recobran el estado normal, cuentan que se encontraban dominados por un sentimiento de incapacidad absoluta para pensar y obrar; el tiempo les parece horriblemente largo, entienden y comprenden cuanto se dice á su alrededor, mas se sienten incapaces de