

LECCION SEXTA

TERCERA PARTE

DE LAS FASES Y DEL CURSO DE LA MELANCOLÍA

1. Bajo el punto de vista del curso de la enfermedad, y con relación á la generalidad de los casos, podemos, en la melancolía como en la mayor parte de las frenopatías, reconocer,

- Los fenómenos de la incubación morbosa,
- los fenómenos iniciales ó de invasión,
- los fenómenos del progreso morboso,
- los fenómenos estacionarios,
- los fenómenos del decrecimiento morboso,
- los fenómenos de la convalecencia.

También se pueden ver en ella los fenómenos que anuncian las transformaciones de la enfermedad.

2. Las más veces la melancolía se presenta como una lesión frenopática elemental.

También puede ser una aparición transitoria que se desarrolla en el curso de otras enajenaciones mentales.

Así, un hombre está maniaco desde muchos meses, de repente sus facciones cambian, se descomponen y ofrecen el carácter de la tristeza; de maniaco que era se ha convertido en melancólico.

3. La cefalalgia es en ciertos casos el fenómeno terminal de otra enfermedad mental. Es amenudo, para el médico observador, el indicio de una convalecencia próxima cuando esta enfermedad se desarrolla lentamente en el curso de una manía, y en esa época en que el enajenado ha pasado del período estacionario,

4. Rara vez comienza la melancolía por una invasión explosiva. Entónces se refiere ordinariamente á una causa moral pronta en su acción, á un gran disgusto, á un terror. Sin embargo, me ha sucedido ver melancólicos en los cuales la enfermedad había comenzado por una especie de conmoción, por ligeros golpes experimentados en el cráneo. He observado en ocasiones, como fenómeno de invasión, especies de accesos histéricos.

Pero, en la mayor parte de los casos, el estado melancólico se anuncia por fenómenos precursores ó incubadores, que se desarrollan lentamente. A veces pueden trascurrir meses enteros ántes que el mal se manifieste decididamente. Apénas se percibe la invasión de la enfermedad. No ofrece al principio nada de especial. Sólo existe el simple malestar que se observa con frecuencia al principio de las enfermedades orgánicas del corazón en las afecciones crónicas ó que están próximas á serlo. Se manifiesta, pues, por una inaptitud, por una repugnancia hácia todo trabajo, por una pnesia del espíritu, pero la actividad muscular persiste todavía: tal estado de los melancólicos, al principio, se parece mucho á la postración que se experimenta bajo la influencia de los fuertes calores del verano. El enfermo se siente sin fuerzas, las impresiones le fatigan, todo se convierte en carga para él. Entónces los hombres creyentes buscan al pié de los altares el consuelo á sus penas, miéntras que otros recurren con el mismo objeto á sus amigos, á sus parientes.

5. Uno de los primeros síntomas es la pérdida del sueño.

Casi todos los melancólicos dejan de dormir.

Se ven inquietados por ideas siniestras, que ellos califican de *amenazantes*; tales ideas les persiguen por todas partes. Todo parece cambiado alrededor de ellos; creen leer en las facciones de los que se les aproximan los indicios de desconfianza. La cabeza parece que les arde; las facciones se alteran; los ojos presentan un aspecto especial, el hombre ha envejecido.

6. El enfermo olvida sus deberes, no se ocupa de sus negocios; olvida hasta la hora de comer, el momento de acostarse, de levantarse; es un hombre distinto; todo el mundo puede enterarse de la profunda alteración que reina en su fisonomía. Sin embargo, hasta entónces, á los ojos de la sociedad, no es un enajenado.

7. Amenudo este hombre hace grandes esfuerzos para alejar el dolor; lucha de mil modos contra los torrentes de ideas penosas que le asedian; querría pensar en otra cosa, pero no puede.

Se entristece, nada le inspira interés.

Procura estar aislado.

No habla á su mujer ni á sus hijos.

Se hace indiferente á todo.

Se declara la melancolía morbosa.

8. Como la mayor parte de las enfermedades mentales que comienzan lentamente, la melancolía puede, pues, presentar en su primer período una oscuridad tal que el más experto encontrará grandes dificultades bajo el punto de vista del diagnóstico. Es, sin embargo, muy importante reconocer la enfermedad desde el principio. Puede tratarse de una tristeza simulada; las mujeres, sobre todo las jóvenes, tienen interés en fingirse enfermas para obtener lo que constituye sus deseos; una mujer, de su marido; una joven de su amante, de sus padres, etc. Importa, pues, saber cómo comienza una melancolía.

Las más veces los síntomas se van manifestando en el orden siguiente:

La inaptitud á los movimientos musculares, una sensación de fatiga, la paresia,

Las ideas hipocondríacas, la pérdida progresiva de toda actividad intelectual,

una sensación de opresión, el trastorno y la pérdida del sueño, el retardo en las evacuaciones alvinas,

las inquietudes, los temores exagerados,

la palabra lenta, vacilante, doliente,

las ideas reflectivas penosas,

las anomalías del pulso.

El pulso, en esta clase de afecciones, no puede ser descuidado por el médico. Mientras el ritmo cardiaco se presente en estado normal, que no ofrezca ni una gran frecuencia ni una lentitud muy pronunciada, no se puede asegurar con entera certeza que existe definitivamente la melancolía.

9. El curso de esta afección es amenudo por sacudidas, digámoslo así, lento.

Después de algunos días se observa un alivio, la calma; todo el mundo se regocija, y el médico poco experimentado anuncia la esperanza de una curación. Pero mientras continúe el crecimiento morboso todos los síntomas son muy falaces.

A la calma sucede una agitación, á ésta un alivio, un bienestar

cuya duración no es larga. El enfermo tiene sus días buenos y malos, hasta que, haciéndose la melancolía cada vez más grave, no ofrece intermitencias ni remitencias. Añadamos á lo dicho que hay una especie de oscilación diurna; por la mañana existe generalmente más gravedad; hay más lucidez y tranquilidad por la tarde.

Con todo, esta regla es general.

10. La enfermedad, una vez llegada á su estado estacionario, puede no variar en su forma. Así, una melancolía simple sin delirio puede recorrer sus fases y llegar á la convalecencia sin haber cambiado de carácter.

Durante su curso de simple que era la frenalgia puede complicarse con ideas delirantes; puede revestir la forma religiosa, complicarse con una repugnancia hácia las comidas y convertirse en suicida.

11. Si la melancolía permanece en el estado de fase inicial, si es una primera invasión, si el sujeto es joven, el mal recorre sus períodos en tres, siete ó nueve meses.

Es raro obtener la curación en tres, en seis semanas.

En muchos casos, el restablecimiento sólo se obtiene al fin del segundo semestre y áun del segundo año.

Puede suceder que la curación sólo se obtenga al tercero, cuarto, quinto, sexto año y áun más; semejantes casos son poco frecuentes, sobre todo los últimos.

En un sujeto joven, vigoroso, sobre todo si la melancolía ha estallado rápidamente después de la acción de una causa moral, el pronóstico es muy favorable y la afección termina amenudo muy pronto por la curación. Pero si el cuerpo del enfermo se halla debilitado por la edad, las menstruaciones abundantes, la falta de alimentación, la miseria, el trabajo excesivo, las privaciones de toda especie, la melancolía recorre con más pena sus períodos. Las mismas condiciones de debilidad ocasionan amenudo su paso á la demencia.

12. Las curaciones repentinas son más raras: casi nunca se ve que un día esté el hombre en toda la efervescencia de su tristeza y al día siguiente completamente curado. He encontrado algunos casos de esta índole, pero en cortísimo número. He visto algunos enfermos que la víspera se sentían abatidos, desesperados, lloraban y se lamentaban, y al día siguiente vinieron á mí tendiéndome la mano y diciendo: Esto ha concluido, ya no tengo nada, me siento curado. Semejantes curaciones no me parecen francas; predisponen á los

convalecientes á sufrir recaídas. En una buena curacion, los elementos morbosos desaparecen lentamente.

13. Los indicios de una mejoría futura consisten en los momentos de calma, durante los cuales el enfermo se siente ménos agitado. Sus facciones cambian de una manera notable, adquieren animacion, y asombra el ver que se expresa como una persona completamente sana de espíritu.

Amenudo se presentan al principio períodos de lucidez, destellos de libertad moral; despues estas manifestaciones de la inteligencia se hacen más constantes duran media ó una hora; vuelven á presentarse al cabo de algunos dias, y constituyen verdaderos intervalos lúcidos, que cada vez se alcanzan más.

Despues el bienestar se hace continuo, y el enfermo sólo sufre algunos dias malos. Estos síntomas no se presentan bien pronto más que durante algunas horas, á ménos que una causa especial, el recibir una carta, un suceso desgraciado en la familia, un paseo excesivo y prolongado, vuelvan á despertar momentáneamente los fenómenos primitivos.

En otros casos la curacion es laboriosa, esta situacion puede durar mucho tiempo y hasta terminar por una recidiva. En la convalecencia, aún cuando la expresion del paciente se haya hecho risueña, cuando ha recobrado el sueño, cuando se ocupa de sus quehaceres habituales durante una gran parte del día, tiene aún sus dias, sus horas, sus momentos de tristeza, pero transitorios, fugaces; en ocasiones oye al gallo que canta y presagia una desgracia; descubre en el ladrido del perro una significacion misteriosa, ó bien la lechuza le anuncia la muerte de un pariente ó de un amigo. Pero el enfermo concluye por apreciar estas infundadas ilusiones, considerándolas como pesadillas que de dia en dia le inquietan ménos y que dejan de reproducirse. Entónces la convalecencia es completa.

14. Algunas veces la melancolía ha desaparecido durante el dia, para declararse de nuevo por la noche.

Apénas se ha dormido el enfermo cuando se despierta ansioso, se levanta, llama á la puerta de su alcoba, pide socorro; recobra todo el carácter de la tristeza, manifiesta los mismos actos que en él se habian observado ántes. Despues de haber estado algun tiempo con sus allegados, despues de conversar con ellos, despues de tomar alguna bebida, vuelve á su estado tranquilo y se duerme de una manera pasiva.

Este fenómeno de retorno nocturno de la enfermedad, no sólo pertenece á la melancolía, sino que se presenta tambien en la manía y en otras formas de vesanias.

15. Cuando nos ocupemos del pronóstico diré que siete décimas partes cuando ménos de los melancólicos llegan á conseguir la curacion siempre que se les someta á un tratamiento conveniente

16. A veces la resistencia que el enfermo opone para tomar toda clase de alimentos constituye una complicacion grave. Mina sus fuerzas, llega á destruir sus órganos y hace que la afeccion dure mucho más tiempo.

17. En la convalecencia, la tristeza cede algunas veces su sitio á un estado de exaltacion y de alegría que recuerdan casi una forma maniaca elemental.

Por poco que se excite á estos melancólicos convalecientes, demuestran gran propension á reir, algunas veces á carcajadas. Desean hablar con todo el mundo; su cara expresa una movilidad que contrasta de una manera notable con su estado anterior; tienen gusto en pasear y hasta en asistir á las reuniones públicas.

Este estado de alegría, que tambien exige ciertos cuidados, se disipa al cabo de algunas semanas; puede durar mucho tiempo ántes de que el paciente haya recobrado por completo todos sus hábitos. Puede decirse, en mi opinion, que en este paso de la enfermedad á la salud hay algo que se desarrolla en el dominio intelectual y le excita.

En ciertos casos, sobre todo en los melancólicos sujetos á recaídas, esta exaltacion no es siempre de buen augurio; conduce amenudo á un retorno de la melancolía, ó bien provoca un cambio de la forma morbosa, ocasionando de este modo la manía.

Entónces el melancólico presenta irritacion en las facciones.

El ojo se abre.

El enfermo deja de estar sentado.

Interroga, habla, declama, va y viene.

No se halla contento, se queja. Quiere partir.

Encuentra enemigos á su alrededor.

En pocos dias se presenta un acceso maniaco.

18. Algunas veces el estado frenalógico alterna con estos accesos. Apénas toca á su término la manía cuando ya comienza á presentarse la melancolía, y, respectivamente, tan pronto como concluye ésta se declara la manía (locura circular.)

En ocasiones hay un estado de rigidez general que reemplaza á la melancolía, como vamos á ver.

El sujeto que ahora estamos examinando permite observar esta situación, en la cual un estado de exaltación ha sucedido á una postración intelectual.

19. Puede suceder que la enfermedad se haga esencialmente crónica; el mal parece entónces sostenido por un hábito morboso. En tal caso la postración cesa, el melancólico gana en aptitud para el trabajo, laxitud en los miembros. El pulso deja de ser lento ó frecuente, se torna normal; el enfermo recobra el sueño; hay más frescura en el color de la piel; el estreñimiento cesa, las deposiciones son regulares, pero la tristeza persiste.

20. La melancolía, cuando se presenta en personas de cierta edad, débiles, toma a menudo la forma atónica y puede tambien constituir una afección incurable.

Amenudo la melancolía, de simple que era al principio, se convierte en un período más avanzado en una afección compuesta. En tal caso se observan las más veces grandes angustias, impulsos destructores, ganas de destrozar ó romper cuanto el enfermo encuentra á su paso.

21. Lo que anuncia en muchas ocasiones el paso de la melancolía á un estado crónico incurable, es una profunda relajación de los músculos de la cara, un cambio en las facciones, la negligencia absoluta del tocado, una indiferencia para todo; pero esto sólo sucede cuando la enfermedad ha durado ya algun tiempo. En los casos recientes estos fenómenos carecen de valor.

22. Bien pronto diré lo que debe pensarse de las hemorroides y del flujo menstrual que aparecen en la melancolía.

23. En casos poco frecuentes, un marasmo abdominal conduce al melancólico á la tumba. Tal estado se refiere á infartos viscerales del hígado, del bazo, del mesenterio. Se caracteriza por la dureza y la hinchazón del vientre, por un estado de estreñimiento habitual, por un color excesivamente moreno. Al mismo tiempo el melancólico enflaquece considerablemente.

24. Rara vez los melancólicos sucumben á consecuencia de síntomas cerebrales que anuncian la existencia de una alteración orgánica.

25. Sucede que el enfermo muere repentinamente, sin que se pueda explicar su muerte.

Tal terminación suele sobrevenir en un período poco avanzado de la enfermedad.

26. El suicidio puede ser el fenómeno terminal de esta afección.

Se pueden consultar, para el estudio de los síntomas de la melancolía, las siguientes obras:

1. Galenus: *De Melancholia*.
2. Areteus: *De causis et signis morborum*.
3. Caelius Aurelianus: *Morbi chronici*.
4. Bright: *Treatise on Melancholia*, 1586.
5. Bornemann: *Dissert. de Melanchol.*, 1594.
6. Hamberger: *Dissert. de Melanc. hyp.*, 1595.
7. Liddel: *Dissert. de Melanc.*, 1596.
8. Laurentius: *Discours des maladies mélancoliques*, 1597.
9. Marchand: *Esq. à Melancholia mania*, 1600.
10. Zeisius: *Dissert. de Melancholia*, 1600.
11. Guibelin: *Discussion sur l'homme mélancolique*, 1603.
12. Saxonia: *Tractatus de Melancholia*, 1610.
13. Schöeulin: *De Melancholia*, 1620.
14. Santa Cruz: *De Melancholia*, 1649.
15. Forestus: *Observ.*, 1735.
16. Mead: *Monita et Procepta*, 1754.
17. Van Swieten: *Comment. in opere Boerhaavii*, 1753.
18. Francsini: *Opuscula pathologica, alium de febribus alium de morbo hypochondriaco*, 1758.
19. Lorry: *De Melancholia et Morbis melancholicis*, 1764.
20. Fawcett: *Ueber Melancholie, vornehmlich religiöse Melancholie*, 1785.
21. Cullen: *Elements de médecine pratique*, 1787.
22. Von Luce: *Versuch über Hypochondrie und Hysterie*, 1797.
23. Haslam: *Observ. on Madness and Melancoly*, 1809.
24. Anseume: *Sur la Mélancolie*, 1818.
25. Luce Roubaud: *Recherches médico-philosophiques sur la mélancolie*, 1810.
26. Georget: *De la Folie*, 1820.
27. Falret: *Traité de l'Hypochondrie et du Suicide*, 1822.
28. Elias Regnaud: *Réflexions sur la manie homicide et suicide et la liberté morale*, 1830.
29. Prichard: *On Insanity*, 1835.
30. Dubois d'Amiens: *Histoire philosophique de l'Hypochondrie*, 1837.

31. Equirol: *Dictionnaire des Sciences médicales. — Maladies mentales*, 1838.
32. Brachet: *Traité sur l'Hypocondrie*, 1844.
33. Griesinger: *Psychische Krankheiten*, 1845.
34. Michéa: *Traité pratique de l'Hypocondrie*, 1845.
35. Endlicher: *De Hypochondria*, 1848.
36. Diferentes Diccionarios de Medicina.
37. Pohl: *Die melancholie nach den neuesten Standpunkte der Physiologie*, 1832.
38. Billoz: *Diverses formes de lypémanie. Annales médico-psychologiques*, 1850.
39. Atkinson: *Diagnosis of acute mania and Melancholia. Journal of mental science*, 1868.
40. Marcé: *Note sur une forme du délire hypocondriaque consécutive aux dyspepsies. Annales médico-psychologiques*, 1860.
41. Leidesdor: *Lehrbuch der psychischen Krankheiten*, 4.^a edición, 1865 y los demás tratados de psiquiatría.
42. Snell: *Ueber Monomanie als primitive form der Seilenstörungen. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie*, 1865.
43. C. B. Ingels: *Recherches statistiques*, 1867 y 1875.
44. Forbes Winslow: *Ocer de duistere vormen der Hersenziekten, vertaall door Ten Noeve de Brauwer*, 1869.
45. Jansen: *Considérations sur la nostalgie. Annales de la Société de Médecine de Gand*, 1869.
46. M. Porporati: *Dei sintomi latenti e negativi della pazzia*, 1870.
47. Westphal: *Die Agoraphobie, eine Neuropathologische Erscheinung. — Archiv. für Psychiatrie*, 1871.
48. Cordes: *Die latsangst (Agoraphobia) Symptome einer Erschöpfungsparesse. — Archiv. für Psychiatrie*, 1871.
49. Jos. De Smeth: *De la Melancolie*, Bruselas, 1871.
50. G. H. Mayhew: *Acute delirium Melancholia. — West-riding lunacy asylum medical reports*, 1871.
51. Erlensmayer: *Melancolie und Manie, ihren wahren Wesen nachgestellt*, 1872.
52. Fresse: *Ueber den physiologischen Unterscheid der Melancolie und Manie. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* 1872.
53. Kraft-Ebing: *Die Zueifelhafte Geisteszustände*, 1873.
54. — — *Die Lehre von den moralischen Wahnsinn. (Friedrich's Blätter)*.
55. Christian: *Études sur la mélancolie*, 1876.
56. Bouchut: *Du nervosisme*. 1877; segunda edición, 1877.

DEL ÉXTASIS CONSIDERADO COMO ENAJENACION MENTAL

1. He querido, señores, decirles algunas palabras acerca de este género de enajenacion mental, que se refiere, por una parte á la melancolia, por otra á la manía, y al mismo tiempo á la demencia aguda.

Poseo entre mis notas algunos retratos de enajenados extáticos hechos á pluma. Hay uno de ellos, sobre todo, que representa perfectamente la situacion de que se trata; voy á tener el gusto de enseñároslo.

El sujeto que nos obliga á ocuparnos de este asunto ofrece de una manera más ó ménos perfecta este conjunto frenopático.

Es el único enajenado de este género que puedo presentaros en la actualidad. Juzgad por él cuán rara debe ser la afeccion que nos ocupa.

2. La palabra éxtasis es nueva en cuanto á su aplicacion; no designa en manera alguna ese estado especial que ha servido de tipo á los novelistas y á los poetas; ese éxtasis que su desarrolla, segun ellos, bajo la influencia de determinadas ideas religiosas sobre todo, y que va acompañado de cierto bienestar moral. Ese es el éxtasis místico del Dr. Calmeil. Tal estado, si existe, debe ser raro, pues durante mi práctica, bastante larga por cierto, no he tenido ocasion de observarle.

El género de frenoplexia de que ahora os hablo tiene, pues, otra significacion; es un estado en cierto modo cataleptiforme.

Amenudo va unido á la melancolia ó á la manía, de las cuales no es más que una manifestacion.

3. La intensidad de la causa, la delicadeza de la impresionabilidad del sujeto, son las causas que amenudo dan lugar á la forma extática.

La frenoplexia fisiológica se encuentra en el hombre confuso, ofuscado.

En estado moral, una conmocion morbosa.

¿No es ciertamente digno de mérito que los autores franceses hayan mencionado la enfermedad que nos ocupa ántes de 1855? Creo que debe haberse confundido amenudo con la estupidez.

4. Funciones de la sensibilidad, funciones de la motilidad, fun-

ciones de la inteligencia: todo se halla suspendido en esta singular afección.

5. Cuando la enfermedad ofrece toda su plenitud, da al paciente el aspecto de una estatua.

La acción muscular no está debilitada, pero hay en los músculos contraídos una tensión tetánica especial.

El enfermo tiene el ojo abierto y no mira; pestañea aunque á largos intervalos.

No os responde cuando le preguntais.

No abandona su sitio; permanece sentado todo el día sin dejar nunca la misma posición.

Su piel está insensible; se le pincha, se le irrita de diferentes maneras, y apenas lo percibe.

Interrogad al paciente durante su convalecencia: os dirá que no ha sentido nada mientras estuvo enfermo, y añadirá que no tuvo ideas: no se acuerda de nada. Os hablará de zumbidos, de vértigos que ha experimentado, ó bien os dirá que le parece que no ha tenido cabeza.

6. Todo esto, como veis, anuncia una profunda sacudida moral que suspende todas las facultades, pero que obra sobre el tono muscular aumentándole, irritándole; porque los músculos, como ya os he dicho, no están flácidos, sino duros, y responden perfectamente á las excitaciones eléctricas. La cabeza se apoya sólidamente en el cuello.

No veis aquí la cabeza doblada sobre uno de los hombros ó apoyada sobre el pecho: la espalda no se halla encorvada como en la melancolía.

El pulso es ora lento, ora frecuente.

La piel está amenudo fría y seca.

Las evacuaciones se verifican á veces con largos intervalos.

7. El éxtasis es á veces una frenopatía primitiva. Entónces sucede casi siempre á una causa cuya acción es brusca, y sobre todo á un vivo terror.

8. En otros casos es consecutivo á otro género distinto de enfermedad mental. Se presenta con bastante frecuencia en el curso de la melancolía, y también suele aparecer como epifenómeno de la manía.

9. El estado extático se distingue de la estupidez, que describíré al hablar de la demencia: en esta última hay una mirada de asom-

bro, un estado de estupor; en la otra hay una tensión de todo el sistema, expresión de nerviosidad.

10. La catalepsia ofrece grandes relaciones con el éxtasis. Pero en el éxtasis el mal es continuo, mientras que en la catalepsia la enfermedad se presenta por accesos y deja intacta la inteligencia.

11. El diagnóstico se hace más difícil cuando se trata del somnambulismo acompañado de convulsiones cataleptiformes. Sin embargo, el aspecto de los ojos, que están cerrados en los sonámbulos, la marcha de este estado que alterna con la catalepsia, el sueño, la duración de esta situación, que termina al cabo de algunas horas para volver á presentarse enseguida, todo esto aleja la idea de una enajenación mental, de un éxtasis.

12. El curso de esta afección no ofrece nada de especial, nada distinto de lo que se observa en la melancolía. Tiene ordinariamente una invasión repentina. Ofrece remitencias, intermitencias, ménos pronunciadas, sin embargo, que en otro género de enajenación mental.

13. La enfermedad recorre generalmente sus períodos en tres, siete ó nueve meses. Más de las nueve décimas partes de enfermos de esta clase obtienen la curación. Y si se encuentra asociada á otras variedades de desórden intelectual, sufre los cambios de curabilidad ó incurabilidad que le imprime.

14. En los casos de curación, la enfermedad se disipa lentamente; la convalecencia es laboriosa frecuentemente. La menor impresión produce un retroceso en la enfermedad. A veces se presenta asociada á la epilepsia, de la cual constituye un fenómeno precursor; en estos casos el pronóstico es muy grave.

Pueden consultarse las obras siguientes:

Heinroth: *Seelenstörungen*, 1818

Casi puede decirse que sólo Heinroth ha dado alguna idea del éxtasis frenopático, incluyéndole en el cuadro de las enfermedades mentales que él admite.

Guislain: *Traité sur les Phrénopathies*, 1833.

Annals médico-psychologiques, 1835. (Discusión en la sesión de 26 de Febrero.)