

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

Psiquiatría
(5)

PSICOSIS MANIACO-DEPRESIVA (KRAEPELIN)

PRUEBA ESCRITA QUE PARA SU EXAMEN GENERAL DE MEDICINA,

CIRUGIA Y OBSTETRICIA PRESENTA EL ALUMNO

ROBERTO PORTILLA VELAZQUEZ



MEXICO, 1927.

A MI MADRE LA SEÑORA
MARGARITA V. VDA. DE PORTILLA
CARIÑOSAMENTE.

A MIS HERMANOS.

A MIS TIOS EL SEÑOR

ANTONIO RIVERA

Y LA SEÑORA

MARIA DE JESUS V. DE RIVERA

A MIS MAESTROS LOS SRES. DRES.
MANUEL GUEVARA OROPEZA

Y

SAMUEL RAMIREZ MORENO

CON MI AGRADECIMIENTO.

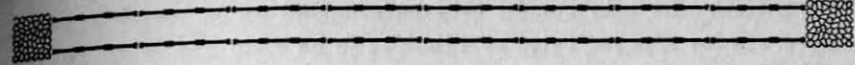
ATENTAMENTE A LOS SRES. DRES.

FRANCISCO BULMAN

Y

NICOLAS MARTINEZ

GENERALIDADES



DEFINICION.—Por PSICOSIS MANIACO-DEPRESIVA se entiende un síndrome afectivo, motor e intelectual transitorio, de exaltación o de depresión, de ambas, o a veces de perplejidad. Es acondicionada por un estado constitucional de fragilidad del sistema orgánico de la cenestesia.

FRECUENCIA.—El grado de frecuencia de la psicosis maniaco-depresiva es difícil de fijar. Se ha llegado, sin embargo, a la conclusión de que de un diez por ciento de los enfermos le pertenece.

No hay que tener en cuenta estos datos que se han deducido de diversas estadísticas hechas en manicomios, por las siguientes razones:

1o.—No todos los enfermos afectos de psicosis maniaco-depresiva ameritan el asilamiento. Son raras las formas francamente graves que se acompañan de reacciones que imposibilitan la permanencia del enfermo en su domicilio (estupor melancólico, locura furiosa, etc.).

2o.—Hay personas en las que sólo existen cambios temporales de humor y una detención de la voluntad que se manifiesta en estos individuos como “una incapacidad para llegar a una determinación”. “Esta forma pertenece a casos leves de psicosis maniaco-depresiva que nunca llegan a ser hospitalizados y que ni siquiera llegan a ser reconocidos como tales casos morbosos”. (Ver en seguida CICLOTIMIA). Kraepelin. Introducción a la Clínica Psiquiátrica).

SEXO.—Es más común esta enfermedad en la mujer que en el hombre. En las más recientes estadísticas se ha visto que existe una proporción de setenta y tres mujeres atacadas sobre cien enfermos.

EDAD.—Se admite actualmente que el máximun de frecuencia para los accidentes de principio es de los quince a los veintiocho años y de diez y ocho a los treinta para los hombres

Psicosis maníaco-depresiva

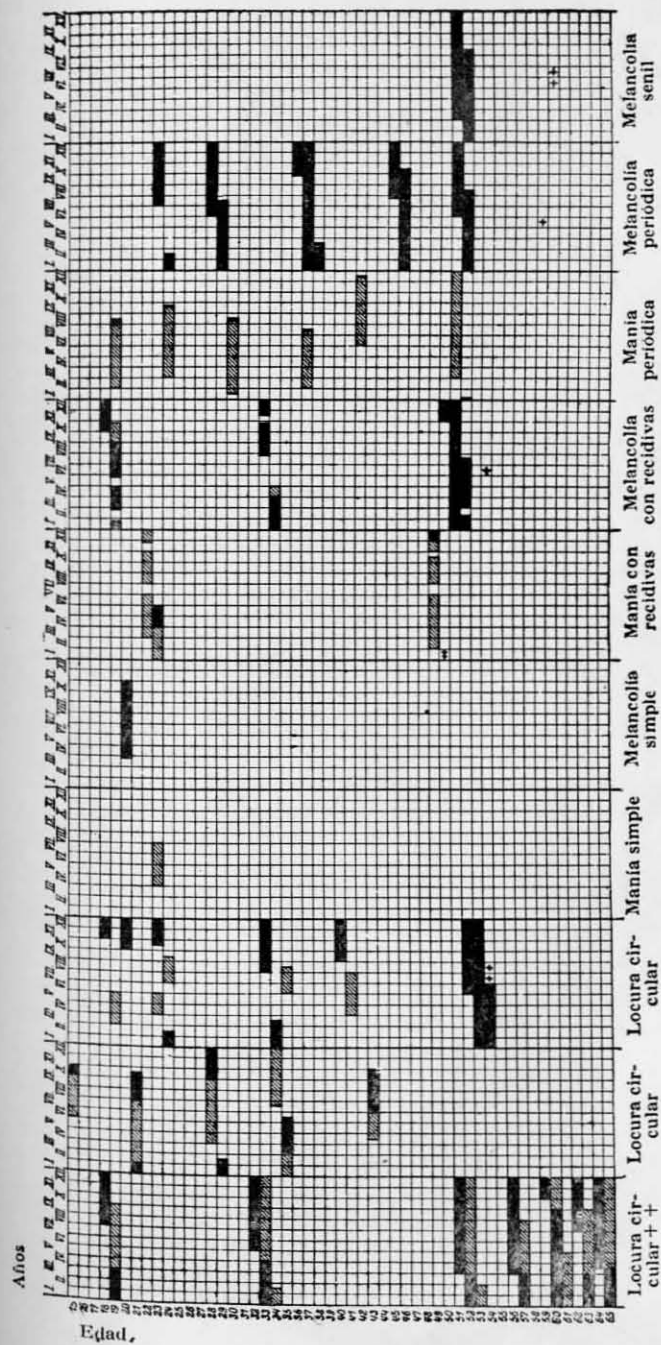


Fig. 1. Distintos casos de la psicosis maníaco-depresiva (no esquemático)

Negro = depresión; rayado oblicuo = manía

(De la colección de gráficas de la Clínica Psiquiátrica de Heidelberg)



HISTORIA

Los términos manía y melancolía poseían antiguamente significaciones muy extensas.

PINEL en 1809 en su TRATADO MEDICO-FILOSOFICO DE LA ALIENACION MENTAL consideraba cuatro formas de locura: manía, melancolía, idiotez y demencia, a las cuales ESQUIROL (1772-1840) añadió la monomanía. En esta época todas las enfermedades mentales entraban en uno u otro de estos cinco tipos.

A estas clasificaciones vinieron nuevas. Hubo autores que por la observación concienzuda de los síntomas separaron de los cinco tipos descritos, nuevos grupos; delimitar el vasto campo de la Psiquiatría por medio del análisis.

BAILLARGER describió el síndrome estupidez que consideraba GEORGET como una "suspensión de la inteligencia" y BAILLARGER mismo como "una simple variedad de melancolía con un delirio interior muy activo".

Igualmente LASEGUE, en 1852, describiendo el delirio de persecución separó un grupo de síntomas que eran considerados tomando parte tanto de la manía como de la melancolía.

La manía y la melancolía así mejor conocidas y desprovistas de síntomas que no les pertenecían fueron conocidas con mayor precisión y reconocidas con más seguridad. Se habló entonces de la existencia de un lazo de unión, "lazo secreto", y que en algunas ocasiones era necesario considerarlas, no ya como entidades nosológicas completamente separadas sino formando parte de una sola afección.

Sin embargo, el conocimiento que antes he expuesto, data desde la más remota antigüedad. Hipócrates (500 años antes de J-C) conocía la sucesión de la manía y la melancolía. En uno de sus aforismos así lo hace comprender: "En las enfermedades melancólicas los desplazamientos de el atrabilis (líquido viscoso, negro, que al repartirse en todo el organismo producía las enfermedades que se acompañan de depresión moral) hacen terminar las enfermedades de este género en: apoplejía, espasmo, manía y ceguera".



ARETEE DE CAPADOCIA, en el primer siglo de la era cristiana describe notablemente, la manía y la melancolía y establece que ésta no es sino "un comienzo o especie de semi-manía, es decir, un primer grado de manía. Comprueba además que cuando la enfermedad llega a disiparse "dispone al cuerpo a infinidad de otras afecciones tales como convulsiones, MANIA, parálisis, tanto más curables aún que la misma melancolía" (Tratado de los signos, de las causas y de la cura de las enfermedades crónicas. ARETEE).

En un tratado general en que AETIUS DE SICILIA hace una recopilación de algunos de los conocimientos de los médicos de su época (GALENO, POSEDONIUS MARCELLUS, 131 años antes de J-C) se enuncia también la idea de ARETEE.

ALEJANDRO DE TRALLES, expone también esta idea y va aún más lejos: asienta que la manía y la melancolía pueden presentarse periódicamente (per circuitus). Las comparaba, por este motivo a las fiebres intermitentes. (VI siglo de nuestra era).

De este último autor, todos los demás hasta THOMAS WILLIS (1622-1670) no hicieron más que exponer lo dicho por los anteriores.

WILLIS no sólo consideraba la manía como teniendo prodromos melancólicos sino que la misma melancolía se podía transformar en manía. (Cap. "De Manía y De Melancolía" de su tratado "Da anima brutorum". 1670).

De los autores del siglo XVIII hay que citar los estudios de MORGAGNI en su obra "La manía, la melancolía y la hidrofobia". LORRY en "Melancolía y afecciones melancólicas" y PHILIPPE PINEL en su ya citado "Tratado médico filosófico sobre alienación mental". Ambos dan pruebas de haber observado la relación de sucesión que existe entre la manía y la melancolía.

Admitida la sucesión faltaba únicamente fijar la evolución. ESQUIROL (1772-1840) habla de "la gran frecuencia y perfecta regularidad en su presentación".

ANCEAUME, discípulo de ESQUIROL dice textualmente en su tesis: "¿El delirio melancólico es susceptible de complicarse de otros delirios? No lo creo. Es constante que la melancolía y la manía afectan al mismo individuo, que se sucedan alternativamente en intervalos más o menos regulares o irregulares y alejados pero, no es esta una complicación, sino dos afecciones del espíritu que existen aisladamente en tiempos diferentes". (Tesis de París 1818).

Hasta el siglo pasado BAILLARGER reuniendo siete observaciones presentó un trabajo que titulaba "Notas sobre un género de locura cuyos accesos son caracterizados por dos períodos regulares, uno de excitación y otro de depresión", fue cuando se habló ya con precisión del asunto. BAILLARGER llegó a las siguientes conclusiones:

1o.—Fuera de la manía, de la melancolía y de la monomanía hay un género especial de locura caracterizada por dos períodos regulares uno de excitación y otro de depresión.

2o.—Este género de locura se presenta:

a).—Al estado de accesos aislados.

b).—Se produce de una manera intermitente.

c).—Pueden los accesos sucederse sin interrupción.

3o.—La duración de un acceso varía de dos meses a un año.

4o.—Cuando los accesos son cortos, el cambio se hace bruscamente; cuando por lo contrario son largos se hace el cambio muy lentamente.

5o.—En este último caso los enfermos parecen entrar en convalecencia al fin del primer período, pero si el retorno a la salud no es completo después de quince días, un mes o cuando más seis semanas, el segundo período estalla.

Estas conclusiones de BAILLARGER dieron a FALRET los datos para la descripción de la entidad nosológica que distinguió llamándola LOCURA CIRCULAR.

BAILLARGER dió el nombre de LOCURA DE DOBLE FORMA a la nueva afección descrita, y ésta no se diferenciaba de la LOCURA CIRCULAR de J. M. FALRET más que en detalles de la evolución, como después veremos.

BAILLARGER y FALRET trazaron el camino; los autores que siguieron, DAGONET, (1863), FOVILLE, MANDSLEY (1874), LUDWIG-MEYER (1874), LUDWIG-KIRN (1878), KRAFT-EBING (1880), se limitaron a exponer lo dicho por los primeros autores, algunos daban más detalles acerca de la Sintomatología, pero la idea primitiva continuaba en pie.

La escuela francesa con MAGNAN y la alemana con KRAFT-EBING reunieron la locura de doble forma de BAILLARGER y la locura circular de J. M. FALRET en un mismo grupo: las PSICOSIS PERIODICAS y las formas primitivas no eran más que formas clínicas diversas desde el punto de vista de la evolución de la enfermedad.

KRAEPELIN no se limitó a esto; sintetizó aún más: REUNIO TODOS LOS ESTADOS PERIODICOS DE EXCITACION Y DE DEPRESION EN UN SOLO GRUPO. No vió en todos ellos más que variedades clínicas de una misma vesania: LA PSICOSIS MANIACO-DEPRESIVA.

No quedaban excluidos más que los estados de excitación y de depresión que formaban parte de grupos nosológicos perfectamente definidos por su etiología, evolución, sintomatología, etc. (Parálisis general, demencia precoz, psicopatías orgánicas debidas a la arterioesclerosis, y la psicosis de involución).

Lo atrevido en la forma de la concepción de KRAEPELIN y sus alumnos hizo que tuviera grandes detractores. Regis en Francia le hizo una gran oposición.

KRAEPELIN demostró que el error al no querer aceptar en un mismo enfermo y como formando parte de una sola, única afección dos estados "distintos absolutamente" como él lo pretendía, era debido a que al estudiar la manía y la melancolía únicamente se tenía en cuenta las perturbaciones afectivas dejando en segundo plano las perturbaciones psicosenoriales y los desordenes intelectuales. Si se procede así se comprenderá la afinidad absoluta que existe entre los dos estados.

KRAEPELIN defendió su doctrina unicista apoyándose en los siguientes razonamientos:

1o.—Psicológicamente los estados de depresión y de excitación son menos opuestos de lo que parece. En ambos casos existe un cierto grado de parálisis psíquica enmascarado en la manía por la excitación estéril.

2o.—La evolución muestra que los accesos aislados son muy raros.

3o.—La alternancia de las dos fases escapa cuando se desconocen los estados de depresión y excitación transitoria.

4o.—Con el examen cuidadoso de un cierto número se enfermos se encontraría la asociación de síntomas maniacos y síntomas melancólicos. (Estados mixtos).

Reune como antes ya lo hemos dicho todos los estados maniacos o lipemaniacos que sobrevienen en toda edad y en todas las condiciones fuera de la demencia precoz, la parálisis general, las psicopatías involutivas y las debidas a la arterioesclerosis.

Queda igualmente incluida la constitución ciclotímica que KRAEPELIN considera únicamente como "casos leves de psicosis maniaco depresiva".

ROGUES DE FURSAC en su TRATADO DE PSIQUIATRIA explica perfectamente la concepción alemana. Dice en efecto: "la modalidad de la atención del maniaco sólo es una modalidad de debilitamiento de esta facultad; bajo la fuga de ideas del maniaco se comprueba por el examen psicológico la lentitud de las asociaciones voluntarias tan evidentes en el melancólico; igualmente en el maniaco y en el melancólico existe una disminución de la actividad psíquica útil y de la capacidad del trabajo intelectual, siempre sensible incluso en los casos leves". "Las ilusiones del maniaco indican la misma alteración psíquica fundamental que la incertidumbre de melancólico, a saber: la insuficiencia de las percepciones. Pero, si en el último esta insuficiencia existe en el estado de pereza, en aquel se complica con asociaciones automáticas, que cumplen las asociaciones normales ausentes y dan lugar a percepciones falsas e ilusiones. Ni el deprimido, ni el maniaco, perciben el mundo exterior tal como es, pero el primero permanece en la duda y el segundo afirma errores". "La más ostensible diferencia existe entre la tristeza del lipemaniaco y la euforia del maniaco. Sin embargo, por diferentes que sean en ambos los estados afectivos, sus estados de conciencia y en sus manifestaciones motoras en uno como en otro hay un DEFICIT afectivo. Los lamentos, los gemidos, la ansiedad del lipemaniaco así como la euforia colérica y el cambio de humor del maniaco suponen la misma incapacidad de sentir las impresiones de modo duradero y adecuado". "En resumen los dos procesos tienen como base una alteración psíquica fundamental idéntica: la PARALISIS PSIQUICA de que nos hablaba KRAEPELIN. Las dificultades y oposiciones resultan de la exaltación mental que se superpone a la parálisis de las facultades psíquicas superiores, haciendo variar unas y otras se obtienen los diferentes estados maniacos, mixtos y melancólicos".

1o.—En la melancolía el déficit es muy pronunciado y aparente, automatismo pobre y estereotipado.

2o.—En la manía el déficit es menor y sobre todo menos evidente pero el automatismo es más activo, rico y móvil.

3o.—En los estados mixtos la asociación de ambos factores se hace en proporciones completamente variables, (ver estados mixtos). Esta es la base que la nueva concepción reune por su fondo psíquico idéntico las formas descritas por diversos autores con nombre distinto y que no eran más que variedades clínicas:

1o.—Constitución ciclotímica.

2o.—Manía intermitente.

3o.—Melancolía intermitente.

4o.—La locura de doble forma. (BAILLARGER).

5o.—La locura circular. (J. M. FALRET).

6o.—La locura alterna. (LEGRAND Y SAULE).

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

ETIOLOGIA

No cabe duda que en el estudio de muchas psicopatías es la parte etiológica la que más serias dificultades presenta. En este caso se encuentran las psicosis periódicas. Hasta ahora hay que concretarse a revisar los estudios de un gran número de enfermos para tener en cuenta los antecedentes que en ellos con más frecuencia se encuentran. No se ha podido sin embargo sacar de esas observaciones conclusiones precisas sobre los factores etiológicos determinantes de la afección.

Se han dividido las causas en

1o.—Causas predisponentes y

2o.—Causas ocasionales.

1o.—CAUSAS PREDISPONENTES.—Se ha llamado así a aquellas que, modificando la economía, la disponen por una especie de trabajo preparatorio a contraer tal o cual enfermedad. Entre estas causas hay que colocar:

a).—HERENCIA.—Todos los autores (FALRET, FOVILLE, LUDWIG KIRN, DITTMAR, KRAFT-EBING, BILLOD, KRAEPELIN), están de acuerdo en que la herencia goza un gran papel en la psicosis. En efecto en los estudios de enfermos atacados por esta psicopatía se encuentra muy a menudo una herencia similar. Además todas las psicosis, las afecciones orgánicas del cerebro, las neurosis e intoxicaciones diversas han sido encontradas en los ascendientes de los enfermos.

b).—A los TRAUMATISMOS CRANEOANOS se les llegó a dar una importancia que en realidad no poseen.

2o.—CAUSAS OCASIONALES.—Como para todas las vesanias se ha invocado como causas ocasionales las grandes emociones, las penas, la fatiga tanto intelectual como física, etc., pero aunque frecuentemente los familiares no dan otro dato acerca de la causa de la enfermedad, no hay que concederles, sin embargo, mucho interés.

La PUERPERALIDAD, el EMBARAZO, la PUBERTAD, las DIFICULTADES de la MENSTRUACION se encuentran frecuentemente como datos positivos entre los antecedentes de las enfermas. Este he-

cho quizá ha inducido a algunos autores a admitir que la manía y la melancolía pueden ser el resultado de una hipo o hiperfunción de las glándulas endocrinas o por lo menos de alguna de ellas. Esto aún no se ha demostrado y no pasa de ser una hipótesis.

Hay otros autores que invocan trastornos del metabolismo por alguna anomalía congénita, semejante a los trastornos discrásicos del cretinismo. No pasa, igualmente, de ser una teoría.

Otros autores (LEPINE y KALM) citan la frecuencia con que se presenta la psicosis maniaco depresiva en individuos con diátesis artrítica.

Sólo como hecho curioso citaré las ideas antiguas que creían poder atribuir los accesos de depresión y de excitación a las influencias atmosféricas (GUISLAIN, RELL, GALL,) o las influencias siderales (la luna principalmente) (FRIEDRICH y KOSTER) que probablemente nacieron de ver algunas periodicidades correspondiendo siempre, casualmente, con las fases lunares o con determinada estación del año.

II.—PATOGENIA.

¿Qué produciría los accesos?

La luz en este punto, que sería sin duda tan interesante para instituir un tratamiento más adecuado, aún no se ha hecho completamente. Se han dado muchas teorías pero ninguna de ellas se puede acomodar perfectamente a todos los casos, pues generalmente han nacido de observaciones hechas en casos aislados que ya llevados a la generalización no dan los resultados que se buscan.

Se pueden dividir estas teorías en dos grandes partes:

1o.—Causas vasculares, y 2o.—Causas nerviosas.

1o.—Es indudable que las primeras no pueden ser exclusivamente vasculares puesto que en ellas los nervios vaso-motores lo son todo pero las coloco en este grupo porque precisamente es debido a los trastornos anémicos o hiperémicos que el acceso se produce.

NEFTEL notó en un caso melancólico un espasmo de los vaso-motores de ciertas regiones corticales que traía una anemia intensa. Galvanizando el simpático a fin de corregir esa perturbación, el acceso melancólico desapareció.

MAYNERT piensa que la melancolía era debida, como lo observó NEFTEL a una anemia cerebral debida a un espasmo y que luego por parálisis de los mismos nervios vaso-motores se producía un hiperemia que sería la que determinara la manía.

La psicosis periódica debería según esto ser considerada como UNA NEUROSI CEREBRAL VASO-MOTORA QUE PRESENTARA YA PERTURBACIONES VASO-ESPASMODICAS, YA PERTURBACIONES VASO-PARALITICAS.

2o.—a).—RAMON Y CAJAL atribuye los accesos a retracciones o alargamientos de las células neurológicas.

BREULER habla igualmente de retracciones y alargamientos de las células de cilindro-eje corto.

b). Se ha considerado y ésta sí es una hipótesis que merece atención, que las psicosis periódicas son el resultado de una intoxicación cuyo resultado se ejercería sobre todo sobre las células cerebrales. De esta manera la psicosis maniaco-depresiva quedaría únicamente como una entidad nosográfica de la epilepsia. MOREL, DOUTREBENTE, ANGLADE, JACQUIN, han señalado una herencia y una etiología comunes y la coexistencia de las dos clases de accesos en un mismo enfermo con mucha frecuencia.

ANGLADE Y JACQUIN han encontrado tanto en los epilépticos como en los que han sufrido accesos de excitación y de melancolía una HIPERPLASIA NEUROGLICA marcada.

FERE ha publicado la observación de un enfermo en el que se presentaba accesos maniacos y accesos epilépticos, unos y otros eran precedidos de la misma aura (de tipo intelectual). Es posible que el estudio detenido de esta hipótesis pueda aún llevarnos a la verdadera patogenia de los accesos maniacos y melancólicos.

SINTOMATOLOGIA

- I.—CICLOTIMIA
- II.—ESTADO DEPRESIVO
- III.—ESTADO MANIACO
- IV.—ESTADOS MIXTOS

I.—LA CICLOTIMIA

Algunas psiquiatrías tratan aún la ciclotimia completamente aparte de las psicosis maniaco-depresivas. Hemos definido la PSICOSIS MANIACO-DEPRESIVA como un síndrome afectivo motor e intelectual de exaltación y de depresión. Los síntomas de la constitución ciclotímica encuadran perfectamente en la definición anterior. Se debe, por otra parte, como lo piensa Deny considerar como un principio de un estado maniaco-depresivo que irremisiblemente se hará más acentuado en otra forma un ciclotímico es un predispuesto a tener alternativas de accesos verdaderamente maniacos o melancólicos? Probablemente no sea así. La ciclotimia, según Kraepelin no es sino una forma de la Psicosis maniaco-depresiva y nunca un grado inicial de una afección. Ella por sí sola puede constituirla toda. Ya hemos citado las palabras de Kraepelin a propósito de estos estudios "que nunca llegan a ser hospitalizados."

Hechas las aclaraciones anteriores vamos a hablar en detalle de la sintomatología ciclotímica.

Se conocen tres formas:

1o.—LOS EXCITADOS (no hay que hablar aquí de manía) CONSTITUCIONALES.—Estos individuos son habitualmente alegres; de cuando en cuando su euforia desaparece quedando un estado de equilibrio afectivo en que su alegría imotivada desaparece para dar lugar no a una depresión sino a un estado en que razonando más el carácter de los acontecimientos que al individuo atañen hace su crítica no ya desde el punto de vista afectivo.

2o.—LOS DEPRIMIDOS CONSTITUCIONALES.—En estos individuos como los anteriores el estado de tristeza continua e irrazonada alterna con estados de equilibrio calificados como la normalidad en estos individuos.

3o.—Formas alternantes.—Presentan alternativamente las dos formas de excitación y de depresión. No obedece esta alternancia a ningún orden. Son determinados los cambios generalmente por estados emotivos generalmente de poca intensidad.

II.—ESTADO DEPRESIVO

Pródromos.—El estado prodrómico es generalmente muy corto, tanto que casi siempre pasa desapercibido. Pueden consistir en temores inmotivados, falta de valor, etc. Pueden presentarse prematuramente algunos trastornos digestivos (embarazo gástrico, diarrea, digestiones difíciles. MARGE.) Baillarger cita la frecuencia de la presentación de herpes labial.

PERIODO DE ESTADO

Se consideran tres formas:

1o.—Estado de depresión melancólica.

2o.—Delirio melancólico.

3o.—Melancolía con estupor.

Estas formas pueden, en un mismo enfermo y en un sólo período depresivo sucederse una a otra y formar, por así decir, grados de un acceso. Puede suceder también que se presente cada forma individualmente llenando por sí sola todo el acceso y entonces únicamente al principio y al fin de él hay un amenguamiento de los síntomas constituyendo el resto el summum del período.

I.—ESTADOS DE SIMPLE DEPRESION MELANCOLICA

a).—Actitud.—Los enfermos dan a los que les rodean, por su actitud exterior, el conocimiento de la tristeza que los embarga: la cabeza siempre flexionada, trata de esconder el enfermo la cara, que con los rasgos contraídos, el ceño fruncido, los ojos semiabiertos bañados en lágrimas dan completa expresión depresiva.

b).—Expresión verbal.—El interrogatorio requiere mucha paciencia de parte de quien trata de hacerlo. El enfermo no contesta a las preguntas y a veces sólo se logra que entreabra los labios. Cuando llega a contestar lo hace en voz apenas perceptible. Si el interrogador busca que el enfermo sonría, el enfermo al tratar de hacerlo contrae los músculos dando a su cara una expresión de terrible tristeza.

Cuando el enfermo escribe alguna carta, que naturalmente sucede muy rara vez, la hace muy breve, sin embargo en sus ideas se puede dar una cuenta de su gran dolor y de sus preocupaciones de culpabilidad.

c).—Perturbaciones intelectuales.—Existe, según KRAEPELIN una parálisis psíquica, es decir una verdadera inhibición de todas las actividades intelectuales.

ATENCION VOLUNTARIA.—Disminuida. Ya hemos visto la dificultad que existe para que el enfermo se dé cuenta de nuestras preguntas.

MEMORIA.—Generalmente el enfermo recuerda con claridad, con riqueza de detalles, hechos de su vida anterior que sirven de base a su estado afectivo.

RAZONAMIENTO Y JUICIO.—Igualmente inhibidos por el gran dolor moral.

J. M. FALRET ha pintado vivamente este cuadro diciendo: "...no son capaces de nada. Sufren un verdadero martirio. No poseen ningún sentimiento ni afecto para ninguno de sus familiares. La muerte de las personas que estimaban mucho les es indiferente. No lloran por nada que no sean sus propios sufrimientos. Acusan un sentimiento vago de incapacidad, fatiga física y moral. No tienen voluntad, faltan de impulsión. Quedan inmóviles. Descuidan sus deberes para con su familia y con su profesión. Toda conversación, toda reflexión les cuesta enorme trabajo intelectual y tratan de esquivarlas a cualquier precio..."

II.—DELIRIO MELANCOLICO

Las ideas delirantes con su carácter de patológico inverosímil se injertan, sobre el fondo constante e inmóvil de la depresión física y moral.

Ya que en el estado melancólico existe la base: un gran dolor moral, este estado afectivo mórbido puede tomar rápidamente la forma intelectual, rodeándose de ideas que por su inverosimilitud toman el carácter de delirante. Estas ideas, se unen, se entrelazan, toman de la subconciencia factores y se forman una constitución intelectual más o menos compleja: el DELIRIO.

En los melancólicos podemos encontrar las siguientes clases de delirio, cuyas diferencias bases que han servido para formarlos.

1o.—Delirios personales.

a).—HUMILDAD.—El enfermo adquiere la certidumbre de su ineptitud absoluta; del diferente nivel a que está colocado de todos los demás, muy abajo de ellos. A este delirio se le ha llamado MICROMANIA.

b).—DELIRIO DE AUTO ACUSACION.—El enfermo cree por sus faltas personales ser indigno de la sociedad, de su familia, de Dios (ideas delirantes de carácter religioso).

c).—DELIRIO DE CONDENACION.—La autoacusación lleva al enfermo a temer el castigo que de todas maneras piensa completamente merecido (el infierno, etc.) cuando el enfermo no es muy religioso el delirio de condenación puede transformarse en delirio de persecución. El castigo vendrá ya no de Dios sino de la misma sociedad a la que ha hecho tanto mal. Es probable que en este estado ilusiones y alucinaciones sobre todo gustativas y auditivas puedan presentarse. (DELIRIO DE PERSECUCION).

d).—DELIRIO DE INDIGNIDAD.—Los enfermos llegan a olvidar a todos, familia, amigos etc., para los que se creen indignos de existir. Toman un gran disgusto para la vida (toedium vitae).

e).—Generalmente los melancólicos no se dan cuenta de que su estado afectivo es patológico, pero en algunas ocasiones no sucede así y entonces la sensación de estar enfermo es mucho más intensa dando el DELIRIO HIPOCONDRIACO. El enfermo dice que se volverá inevitablemente loco, pues ya no puede pensar, coordinar nada. (Depresión temerosa permanente).

2o).—Delirios personales físicos.

DELIRIO DE NEGACION.—El enfermo dice darse cuenta exacta de la falta de alguno de sus órganos, estómago, corazón, etc.

3).—Delirios de carácter social.

El enfermo es culpable de lo que a la sociedad aflige. Todos los sucesos no tienen otra fuente más que su persona.

El delirio de autoacusación unido al de condenación ponen al enfermo en un estado aflictivo que se puede notar en todos sus actos. Se ha llamado a esta forma **DEPRESION ANGUSTIOSA**.

De las clases de delirio que estudiamos anteriormente podemos deducir que todas ellas tienen caracteres que les son comunes:

1o.—Su monotonía.—El delirio en cualesquiera de sus formas evoluciona sobre un círculo muy estrecho. Las ideas delirantes cuando toman una forma son siempre las mismas que se repiten siempre.

2o.—Su pasividad.—El enfermo acepta todo, porque se cree culpable, con la mayor humildad; cuando reacciona no lo hace contra los demás sino contra sí mismo.

3o. El delirio es centrífugo.—El es la única causa de las desgracias de los que le rodean.

REACCIONES

El modo de reaccionar el enfermo se puede resumir en tres casos:

1o.—**INERCIA.**—El enfermo se aleja de los demás, ama la soledad donde más fácilmente puede entregarse a sus preocupaciones.

2o.—**RECHAZAMIENTO DE LOS ALIMENTOS.**—Pretende de esta manera morir para así dar fin a sus sufrimientos.

3o.—**SUICIDIO.**—Es la reacción más temible. Es la consecuencia lógica del estado **DEPRESIVO ANGUSTIOSO**.

III.—MELANCOLIA CON ESTUPOR

El estupor es un amortiguamiento de todos los procesos psíquicos de la vida de relación y de la actividad motora.

Los enfermos se encuentran en una inmovilidad absoluta. La cabeza en flexión. Frecuentemente aunque no se encuentran atormentados por ninguna concepción delirante o alucinación terrorífica hacen movimientos como para escapar de algún peligro y mueven los labios como si musitaran algo.

Parecen completamente extraños al mundo exterior. Sin embargo oyen y ven lo que a su derredor sucede pero sin poder entender ni relacionar absolutamente nada. Sus ojos se portan exactamente como cámaras fotográficas.

Durante el estupor el tiempo les parece se alarga notablemente (muy parecido a la acción de hachisch). Cuando se les traslada de un lugar a otro el tiempo empleado en recorrer la distancia les ha parecido tan largo que el recorrido debe ser enorme, de muchos kilómetros.

Cuando ha desaparecido el estupor el melancólico guarda memoria muy vaga de lo ocurrido durante él.

Puede acompañarse el estupor de:

1o.—De concepciones delirantes.

2o.—Fenómenos cataleptiformes.

3o.—Reacciones excitantes momentáneas. (El enfermo pasa rápidamente a un estado de excitación que desaparece después de un momento cayendo nuevamente en el estupor.)

4o.—Negativismo.

5o.—Onanismo (observación de **KRAFT-EBING**).

SIGNOS FISICOS

Un estado mental tan complejo como el que acabamos de estudiar tiene repercusión en el organismo. Vamos a ver en que forma lo afecta.

1o.—Estado general.—Adelgazamiento notable. Disminución de peso, piel seca y rugosa debido a la disminución notable de la secreción sudoral.

2o.—**APARATO DIGESTIVO.** Anorexia.—Disminución de la secreción salival o por el contrario sialorrea intensa. Constipación.

3o.—**APARATO RESPIRATORIO.**—Respiración muy superficial. Disminución del número de respiraciones. De cuando en cuando una inspiración profunda suple la insuficiencia respiratoria.

4o.—**APARATO RENAL.**—Oliguria.

5o.—**APARATO CIRCULATORIO.**—a).—Corazón.—Frecuencia de los latidos cardiacos disminuida. b).—Pulso.—Hipotenso, lento y pequeño. Cianosis de la cara y de las extremidades.

FUNCIONES

6o.—**GENITALES.**—En la mujer la menstruación desaparece muy frecuentemente durante el período de depresión o por lo menos es muy poco abundante. Cuando el período depresivo dura muy pocos días la menstruación ya comenzada se detiene durante el período para reaparecer cuando ese haya desaparecido. En el hombre salvo los casos referidos por Kraft-Ebing en que los enfermos se masturbaban, por lo general la frigidez es la regla.

SISTEMA NERVIOSO.—Sensibilidad general.—No es perturbada excepto en los casos de estupor en que es disminuida o aún abolida. Puede haber trastornos de la sensibilidad profunda. Dolores intensos que recuerdan las crisis tabéticas (dolor punzante en el epigastrio, etc). Neuralgias (de los nervios intercostales las más frecuentes), dolores articulares.

ORGANOS DE LOS SENTIDOS.—Fotofobia Obnubilación de la vista y del oído.

SUEÑO.—Durante el período depresivo el sueño es tranquilo y prolongado (menos en la forma de **DEPRESION ANGUSTIOSA**).

GLANDULAS DE SECRECION INTERNA.—Se ha descrito un hipotiroidismo (véase Etiología) que aún no se ha podido comprobar como constante.

III.—ESTADO DE EXCITACION

Pródromos.—RITTI habla de bulimia como pródromo de la manía. Se consideran igual que para la depresión tres formas:

- 1o.—Estado simple de excitación mental: Lipomanía.
- 2o.—Agitación maniaca con incoherencia (Manía aguda.)
- 3o.—Manía con delirio de grandeza: manía sobreaguda.

1o.—Lipomanía.—Hay sobrexitación de todas las funciones psíquicas y físicas. Es un estado de exaltación mental sin concepciones delirantes y sin alteraciones bien marcadas de los sentimientos y de los actos.

a).—Perturbaciones afectivas.—La euforia constituye el síntoma esencial de este estado. Sienten, los enfermos, una gran capacidad para concebir y una notable facilidad para resolverlo todo. Tienen una alegría de vivir que no es común, lo que les suceda, cualesquier cosa que sea, lo reciben con la mayor alegría. Algunas veces la euforia únicamente lleva al enfermo a un estado de beatitud tranquila.

a).—Perturbaciones de los instintos.—El instinto de conservación se encuentra excitado. Los enfermos nunca piensan en morir, aman la vida.

El instinto de reproducción se encuentra igualmente hiper-excitado. Preséntanse también perversiones sexuales. El exhibicionismo es frecuente.

Las mujeres pierden por completo el pudor, su lenguaje es obsceno. Se libran a la masturbación o se entregan al primer hombre que se les presente.

El hombre se da al onanismo. El exhibicionismo es frecuente a los niños.

Hombres y mujeres tratan y se complacen de hablar de asuntos de suma crudeza delante de las personas que los rodean (sus amigos, familiares, etc.). Se ha llamado a esto exhibicionismo verbal.

M. BAILLARGER que fué el primero en estudiar detenidamente los trastornos del instinto sexual, los consideró como debidos a "una reacción después de un largo período de receso de funciones genitales".

c).—Perturbaciones de la inteligencia.

MEMORIA.—Hipermnésia.—Los recuerdos aún de los acontecimientos más antiguos son precisos, perfectamente detallados; el enfermo se sorprende de recordar hechos que había ya olvidado por su insignificancia.

ATENCION AUTOMATICA.—Se encuentra excitada. El enfermo descubre detalles que para cualquiera pasan desapercibidos. Fácilmente se da cuenta de los defectos de una persona aún los menos notables.

ATENCION VOLUNTARIA.—Disminuida. La gran cantidad de ideas que vienen a su mente lo hacen no poder atender voluntariamente.

ASOCIACION DE IDEAS.—Existe asociación automática. El enfermo hace asociaciones rapidísimas, sin orden, sin DIRECCION, basadas casi siempre en elementos accesorios (asociaciones por consonancia, por sucesión habitual, etc). La asociación automática produce logorrea.

FUGA DE IDEAS.—Acabamos de ver cómo la asociación auto-

mática se encuentra excitada en los maniacos, esto hace que una idea apenas ha aparecido deje su lugar a otra que le viene asociada. A este fenómeno se ha llamado "fuga de ideas" nombre con el que no está de acuerdo KRAEPELIN. Este autor afirma que lo que sucede es que la duración de la idea individual aparece muy acortada y las ideas se desvanecen antes de haber obtenido una claridad completa, debido a la excitación de la atención espontánea y como ya antes lo hemos asentado a la asociación automática. La fuga de ideas se encuentra en relación con la asociación y no con la velocidad.

IMAGINACION.—Hay una riqueza imaginativa excepcional. Los enfermos sostienen largas conversaciones respecto a algo que les ha ocurrido. Esta excitación obliga a los enfermos a buscar con quien conversar; son amantes de visitar diariamente a sus amigos y de hablar hasta con personas que nunca habían visto anteriormente, a las cuales tratan absolutamente sin tener en cuenta las conveniencias y usos sociales.

Sus cartas y escritos son extensos, llenos de figuras simbólicas, de signos cabalísticos, etc. Esta gran prolijidad se acompaña de adornos a las letras, de hermosas capitulares, etc. Es muy frecuente y esto debido a la asociación por consonancia, que los enfermos tratan muy comúnmente de escribir y de hablar en verso.

Todas las descripciones se acompañan de gran acopio de datos recogidos por los órganos de los sentidos.

Son fabuladores. Mienten y calumnian y dan a sus mentiras y a sus calumnias todos los visos de verosimilitud.

REACCIONES.—Bajo la influencia de su excitación se vuelven temerarios e insolentes. Acaban a los demás y sin embargo no soportan que nadie los ataque. Son igualmente muy susceptibles, e irritables. Cualquier asunto están dispuestos a discutirlo y objetarlo. Hacen por esto y toda vida social insorportable.

BERGMANN ha descrito también la tendencia al robo de estos enfermos (CLEPTOMANIA).

ESQUIROL por su parte encuentra en los maniacos muchos DIP-SOMANOS.

2o.—Agitación maniaca con incoherencia.—No se limita al estado que acabamos de describir sino que nos encontramos que el enfermo reacciona en un estado de agitación tal que puede llegar a cometer grandes violencias. Se hace colérico, su cara se congestiona o por lo contrario se pone intensamente pálida, los dientes se aprietan furiosamente. La actitud amenazante de un aspecto terrible.

Hay incoherencia absoluta en la sucesión de las ideas.

Este estado generalmente es momentáneo. Puede, sin embargo durar algunos días; se encuentra el enfermo entonces en un estado de agitación continua, danza, salta, grita, sus vestidos se encuentran en completo desorden, desgarrados. Si sus manos están libres rompen todo lo que está a su alcance.

No reconocen a sus amigos ni a sus familiares.

Se comprende que el enfermo es así peligroso para los que le rodean y su internamiento se impone.

3o.—Manía con megalomanía.—Los maniacos proyectan a veces



inventar algo que hará revolucionar el mundo y casi siempre está en relación con su actividad.

Su personalidad nunca la pierden pero sí la amplifican. Los ejemplos clásicos de actores mediocres que se creen grandes trágicos, talladores de piedra que se consideran los mejores escultores, explican esta perturbación. Se ve que estas concepciones aunque megalomaniacas poseen su base verídica.

En otros enfermos la transformación de la personalidad va aún más lejos. El delirio megalomaniaco ha llegado a tal grado que exigen que se les llame dioses, emperadores, etc.

SIGNOS EXTERIORES

Inspección general.

Vestidos.—Están en correspondencia con la euforia. Se adornan con flores. Se hacen sombreros de papel que adornan pretensiosamente su cabeza, etc.

Movilidad incesante. Ni un momento pueden guardar quietud, voltean constantemente la cara en todos sentidos, rien de cualquier cosa, mueven los pies constantemente.

Los rasgos de la cara dan cuenta de su gran alegría.

FOVILLE ha dado mucha importancia al hecho de que estos enfermos son muy amantes de guardar todo lo que se encuentran a su paso. Se ve que siempre llevan en sus pañuelos, bolsas o en las manos cáscaras, flores, piedras, huesos de frutos, etc.

Por la inspección general se da uno cuenta del buen estado nutritivo. Son rozagantes y fuertes.

APARATO DIGESTIVO.—Aumento del apetito llegando a veces hasta la glotonería. Comen las más extrañas materias: pedazos de vidrio, cigarrillos encendidos.

Hay aumento de las funciones digestivas y de nutrición.

APARATO RESPIRATORIO.—Respiración profunda y aumentada de frecuencia.

APARATO CIRCULATORIO.—Taquicardia.—Pulso aumentado de frecuencia (120 por minuto) amplio. Tensión arterial normal. Cantidad de glóbulos rojos sensiblemente aumentada.

APARATO RENAL.—Nada digno de mención.

SISTEMA NERVIOSO.—Insomnio. Resisten muchas noches sin dormir. Cuando logran dormir, su sueño no es prolongado y además es entrecortado por pesadillas.

Se han descrito fenómenos congestivos cerebrales que según FALRET se presentan en los últimos períodos de la enfermedad y que son muy parecidos a los que se encuentran en la parálisis general, y que se manifiestan por cualesquiera de los síntomas que siguen:

- 1o.—Congestión de la cabeza.
- 2o.—Pérdida transitoria del conocimiento.
- 3o.—Movimientos convulsivos.
- 4o.—Embarazo momentáneo de la lengua.
- 5o.—Hemiplejias pasajeras de la lengua.

6o.—Parálisis parciales de corta duración.

7o.—Anisocoria.

Se concibe por lo anterior lo interesante y además las dificultades del diagnóstico entre la enfermedad de WEILL y la Psicosis maniaco-depresiva en estos casos.

SINTOMAS GENERALES.—Temperatura normal.

Peso.—El aumento del peso principia cuando comienza el período de excitación, alcanza un máximo volviendo a descender nuevamente hasta llegar a la cifra primitiva al fin del período.

GLANDULAS DE SECRECION INTERNA.—Se ha hablado de un hipertiroidismo correspondiendo al período de excitación. No se ha comprobado y más bien este síntoma pertenece a la demencia precoz. Hay también estados de manía sobre-aguda en los que el enfermo adelgaza rápidamente, se agota, la boca tiene fuliginosidades, el aparato digestivo funciona mal. Rápidamente se agrava su estado por los trastornos digestivos, pudiendo caer si el estado continúa en la adinamia.

IV.—ESTADOS MIXTOS

Kraepelin tomando como base de la manía tres clases de manifestaciones:

1o.—Manifestaciones motoras: AGITACION.

2o.—Manifestaciones afectivas: EUFORIA.

3o.—Manifestaciones intelectuales: FUGA DE IDEAS.

Y por otra parte como base de la melancolía otras clases de manifestaciones correspondiendo cada una de las consideradas para la manía:

1o.—Manifestaciones motoras: Inercia.

2o.—Manifestaciones afectivas: Cacoforia.

3o.—Manifestaciones intelectuales: Disminución de las representaciones.

Tomando estas seis clases de manifestaciones y tomando una de las tres primeras con las otras dos de distinto orden de las segundas y viceversa describió seis formas distintas:

1o.—MANIA DEPRESIVA.—Al humor triste y la disminución de la ideación propias del estado melancólico se une agitación motriz.

2o.—MELANCOLIA PROLIJA.—El estado afectivo es triste, existe inercia motriz, pero las ideas del individuo son rápidas y pasajeras como en el maniaco.

3o.—ESTUPOR MANIACO.—La cacoforia intensa se acompaña de excitación motora y gran fugacidad de ideas.

4o.—MANIA AQUINETICA.—Como su nombre lo indica es la manía sin expresión. Es la euforia interna, podríamos decir, no se manifiesta al exterior sino cuando el individuo expone sus ideas.

5o.—MANIA IMPRODUCTIVA.—Es el reverso de la melancolía prolija. La afectividad y la expresión son de un maniaco, pero sus ideas no son fugaces sino retardadas y duraderas, propias del estado melancólico.

6o.—MANIA COLERICA.—El estado afectivo es cacofórico, las ideas del individuo son melancólicas, pero tienen éstas la fugacidad del

maniaco y se acompañan igualmente de grandes manifestaciones motoras. Estas seis formas tienen un valor absolutamente teórico?

Es verdad que exceptuando dos de las formas: la manía improductiva y la melancolía prolija, las demás hasta ahora han sido imposible encontrarlas y sobre todo considerar una forma sin duda como perteneciente a una de ellas.

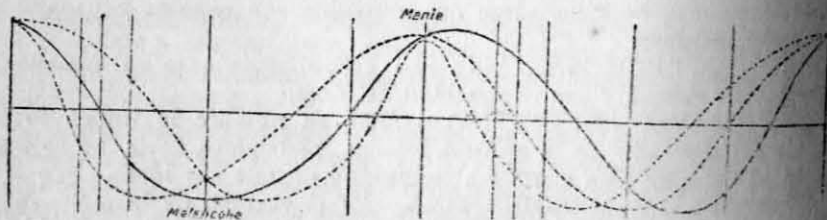
Se ha objetado que la clasificación adolece del defecto de considerar los factores que sirven de base para las combinaciones como cantidades algebraicas o como entidades psicológicas independientes.

Es muy posible y sobre esto aún no se puede decir la última palabra, que las diferentes formas si se encuentran se trata más bien de casos de delirios complejos de demencias precoces en los cuales el estudio del signo específico, el flaqueamiento de las fuentes originales de la vida mental, no se ha hecho concienzudamente y se han por lo tanto erróneamente clasificado como estados mixtos formando parte de la psicosis maniaco-depresiva.

Por último las combinaciones que constituyen las diferentes formas se esquematizan así:

	MANIF. MOTORAS	REP. DE IDEAS	MANIF. INTELECTUALES
MANIA TIPICA	+	+	+
MANIA DEPRESIVA	+	-	-
MELANCOLIA PROLIJA	-	+	-
ESTUPOR MANIACO	-	-	+
MANIA AQUINETICA	-	+	+
MANIA IMPRODUCTIVA	+	-	+
MANIA COLERICA	+	+	-
MELANCOLIA TIPICA	-	-	-

Los síntomas maniáticos están representados por el signo + y los síntomas melancólicos por el signo -.



Esquema de KRAEPELIN representando los estados mixtos:
 - - - - - Actividad Humor. ————— Curso de ideas.

EVOLUCION

II.—EVOLUCION DEL PADECIMIENTO

La evolución del padecimiento marca las diferentes formas clínicas.

Ya al hablar de la sintomatología hemos hecho la división de 1o.—Estado ciclotímico; 2o.—Estado maniaco; 3o.—Estado depresivo y 4o.—Estados mixtos. Fuera de los estados mixtos y de la constitución ciclotímica que por sí solos constituyen la afección, los estados de excitación y melancólicos combinándose en formas diversas constituyen las formas descritas aisladamente por BAILLARGER y FALRET. También sucede que no siempre los dos estados se presentan alternativamente y uno sólo de ellos es el que con alternativas de aparición y desaparición da el carácter evolutivo periódico a la afección.

Desde este nuevo punto de vista de la evolución y tomando en cuenta la ciclotimia y los estados mixtos, la Psicosis maniaco-depresiva comprende:

1o.—CONSTITUCION CICLOTIMICA.

2o.—Formas en las cuales hay una sola clase de accesos. } MANIA INTERMITENTE
 } MELANCOLIA INTERMITENTE

3o.—Formas en las que los accesos maniacos y depresivos se presentan alternados. } LOCURA DE DOBLE FORMA (BAILLARGER)
 } LOCURA CIRCULAR (FALRET)
 } LOCURA ALTERNANTE FORMA ATIPICA

4o.—ESTADOS MIXTOS (KRAEPELIN).

1o.—EVOLUCION DE LA CICLOTIMIA.—Al hablar de sintoma-

tología ya hemos dejado asentado que los accesos aparecen algunas ocasiones teniendo como causa alguna emoción y otras sin la menor apariencia de causa a efecto. Igualmente su duración es fugaz a veces y otras permanece algún tiempo, tanto que el enfermo puede ser excitado constitucional o deprimido, según que la excitación o la depresión predominen en la duración de los accesos e imprimir así de euforia o cacoforia el carácter general del individuo.

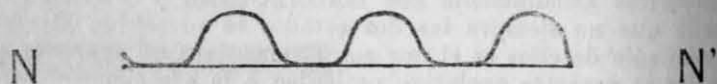
Hemos descrito la sintomatología de la forma que hemos llamado alternante en la que se presentan períodos de excitación eufórica o de depresión cacofórica absolutamente inmotivados.

La constitución ciclotímica llena muchas veces toda la vida de estos individuos generalmente antisociales por los cambios que en su carácter se operan.

II.—Formas en las cuales sólo existe una sola clase de accesos: Se presentan dos formas según que sea la manía o la melancolía las que se presenten.

a).—Manía intermitente.—Los accesos se presentan sin causa aparente, en todo tiempo y en cualesquier ocasión. Su duración es variable por lo que respecta a intensidad de síntomas así como a su duración. En algunas ocasiones pueden durar desde un momento, hasta los accesos que duran meses.

Hay casos, aunque raros, que los períodos siguen cierta regularidad respecto a duración y presentación. De estos se han representado en gráficas en la siguiente forma:



b).—Melancolía intermitente.—Los accesos melancólicos tienen los mismos caracteres que los de la manía intermitente. Igualmente existen casos de melancolía intermitente regulares. Son igualmente muy raros. La melancolía intermitente se representa así:



III.—Formas en las que, los accesos maniacos y melancólicos se presentan alternados:

Principio de la afección.—Por lo que respecta al principio de la afección los autores se han dividido en dos bandos; piensan algunos que principie con un período melancólico; otros, por lo contrario, por acceso maniaco. LUDWIG-MEYER (Ueber circulare Geisteskrankheiten) y FALRET (la locura circular o locura de forma alterna) han observado que generalmente el principio se hace por un estado melancólico más o menos prolongado; y cuando no sucede así el período maniaco de principio es de todas maneras antecedido por un estado no franca-



Actitud Melancólica



Actitud Maniaca

mente melancólico pero sí el individuo siente un decaimiento general, algunos trastornos digestivos se presentan que anuncian que el estado maniaco está próximo a aparecer.

De cualesquier manera que sea; maniaco o depresivo, generalmente no es modificado en lo sucesivo; los que después se presenten serán sino idénticos sí muy parecidos en sus síntomas y en la intensidad de ellos.

¿Cómo se hace la transición de un estado al otro?

1o.—El cambio puede hacerse sin interrupción no mediando entre ellos ni un momento de equilibrio emotivo en la mente del enfermo. En efecto hay enfermos que acostándose deprimidos, durante la noche se efectúa el cambio y despiertan ya maniacos.

KRAFT-EBING relata casos en que la transición se efectuaba rápidamente estando el enfermo en estado de vigilia, durante el día; haciéndose dicho cambio sin ninguna condición exterior. Esta forma de transición es frecuente en los accesos de corta duración.

2o.—Otra forma de transición más frecuente es la que se produce lenta, gradualmente. Se presenta en los estados de larga duración. Para mejor comprensión de esta forma describiré cómo se efectúa detalladamente:

a).—Supongamos que nos encontramos delante de un enfermo en estado depresivo tal, que ha llegado al estupor. Permanece sentado, su cara angustiosa, sus miembros superiores caen inertes al lado del cuerpo. No habla, rechaza toda clase de alimentos hasta el punto de tener que alimentarlo con ayuda de la sonda esofágica. Permanece en este estado algún tiempo, quizá algunas semanas; después se nota que empieza a salir de su ensimismamiento, se conoce que se da perfecta cuenta de lo que dicen, de lo que hacen los que le rodean porque los sigue con la vista aunque su cara permanezca aún inexpresiva. Los alimentos no son ya rechazados y en efecto puestos en la boca el enfermo los deglute sin dificultad. Han pasado algunos días y el enfermo come ya voluntariamente, responde a lo que se le pregunta aunque a media voz y muy tímidamente; se pone ya sus vestidos aunque con dificultad. Pasan aún algunos días y nos encontramos con que ya habla, anda, inquiere, se puede decir que ha vuelto por fin a ser él. Ha entrado en un período de normalidad errónea puesto que apenas han desaparecido los síntomas melancólicos cuando se puede notar que hacen su aparición los maniacos. El enfermo ha salido de un acceso de depresión para caer pronta e irremisiblemente en el siguiente: la excitación.

b).—Ahora procedamos inversamente: tomemos al enfermo en pleno período de excitación: se encuentra violento, sus cabellos y sus vestidos en completo desorden. Habla sin razón, dice discursos incoherentes, gritos, etc. Días después podemos observar que cierta calma ha entrado en él, que se va acentuando a medida que pasa el tiempo. En vez de esa violencia con que reaccionaba ante los actos más sencillos que hacen los que le rodean se ha vuelto mucho más reposado. El cuidado personal va reapareciendo poco a poco. Su presentación mejora día con día.

La cara que en sus razgos daba a comprender su excitación, esa

movilidad extrema, la viveza de los ojos va disminuyendo hasta que recobra la calma que hace creer que ha pasado a la normalidad, tranquilidad tan errónea como de la que antes hablábamos pues sólo marca la proximidad o la ya existencia de los primeros síntomas maniacos.

30.—Una forma de transición rara es la descrita por M. J. FALRET con el nombre de TRANSICION DE OSCILACIONES SUCESIVAS.

En este caso el enfermo después de haber salido de un acceso y antes que lo haga su presa el siguiente, pasa por pequeños períodos maniacos y depresivos con síntomas de corta intensidad. Falret confiesa como muy rara esta forma. Lo que sí es muy frecuente observar son sobresaltos maniacos al principio del período depresivo, sobre todo cuando despierta el enfermo por las mañanas, son impulsiones que desaparecen rápidamente; son según la buena comparación de RITTI "los últimos destellos de una flama que se extingue". (Tratado clínico de la locura de doble forma. A. RITTI, 1883).

40.—Por último se ha descrito una forma de transición en que se hace teniendo como intermedio un intervalo lúcido. Este intervalo puede ser más o menos largo. En este caso se pueden presentar dos formas:

a).—El intervalo lúcido puede seguir a cada acceso (ALTERNA. Véase FORMAS DE PERIODICIDAD).

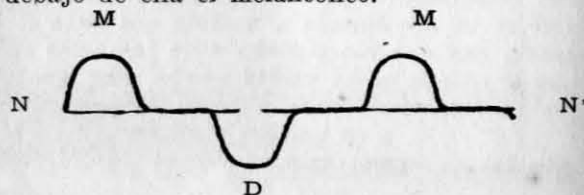
b).—El intervalo lúcido puede estar colocado únicamente después de cada período depresivo, haciéndose la transición entre el maniaco y el melancólico de una manera continua. (DE DOBLE FORMA. Véase FORMAS DE PERIODICIDAD).

Este estado de lucidez que muchos autores admiten, KRAEPELIN lo admite únicamente como un estado de equilibrio afectivo pero no normal del enfermo. Existe como ya antes hemos dicho una parálisis psíquica.

Formas de periodicidad:

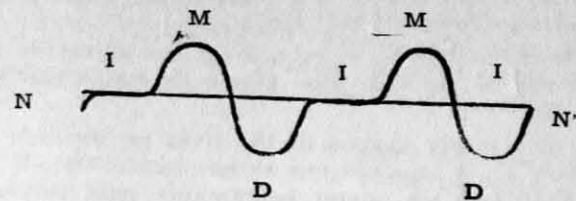
a).—LOCURA CIRCULAR.—(Descrita por Falret).—En esta forma el período depresivo sigue inmediatamente al de excitación. La transición se hace conforme describimos en primer término al hacer la exposición de este asunto. El enfermo pasa rápidamente por un período y en ocasiones es tan poco pronunciado que pasa completamente inadvertido.

Para comodidad en la comprensión se han hecho igualmente gráficas que todos los autores franceses reproducen en sus libros. Tomando en cuenta la horizontal N. N' como el estado normal del sujeto se traza la curva. Por encima de la horizontal se considera el estado maniaco y debajo de ella el melancólico.



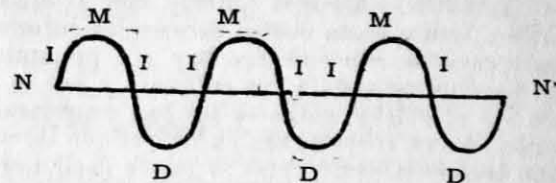
Locura circular.

20.—LOCURA DE DOBLE FORMA.—(Descrita por BAILLARGER).—Existe un intervalo de calma que dura algún tiempo, después de cada grupo formado por un acceso de manía y otro de depresión.



La forma de BAILLARGER: locura de doble forma

30.—LOCURA ALTERNA.—Los accesos de manía y melancolía se suceden uno a otro separados por períodos intercalares de calma.



LOCURA ALTERNA

40.—FORMA ATÍPICA.—Se ha descrito por último una forma atípica que es la más frecuente. Los accesos se suceden no siguiendo ninguna regla. Presenta ya el maniaco intermitente, ya el tipo melancólico intermitente, ya la forma circular, etc.

CRITICA A LAS FORMAS ANTERIORMENTE DESCRITAS.

—Hay que hacer la advertencia que las formas anteriormente descritas son todas de un carácter eminentemente teórico. En la Clínica es muy difícil reconocerlas y más aún es muy raro que se encuentren exactamente como las gráficas nos las representan. KRAEPELIN además de estar de acuerdo en presentarlas como completamente esquemáticas y teóricas huye de la costumbre de los autores franceses de representar estas formas por medio de gráficas. Si la horizontal representa el estado normal, la manía en este caso estaría representada como un estado por encima de esa normalidad, igual que para la melancolía como un estado por debajo de ella. Tanto la manía como la melancolía no están una y otra ni por encima ni por debajo de la normalidad del individuo, simplemente son otros estados que no son el normal. Otra objeción de valor a tales gráficas es que ya hemos dicho, el individuo en los estados intercalares nunca alcanza un estado completamente normal, siempre existe la parálisis psíquica de que ya hemos hecho mención en otra parte de estos trabajos.

De manera que según KRAEPELIN, teniendo en cuenta el con-

vencionalismo para aceptar la existencia de las formas llamadas locura circular, locura de doble forma, locura alternante, exactamente como la teoría las describe, hay que aceptar igualmente el convencionalismo de que las gráficas que las representan:

1o.—La horizontal N.N' no representa sino el estado que se considera como el normal del individuo afecto de PSICOSIS MANIACO-DEPRESIVA.

2o.—Las curvas por encima de esa línea representan los estados de excitación maniaca y aquellas que se encuentran debajo de ella, los melancólicos; pero esto sin querer representar estos estados teniendo una relación con ese estado de normalidad.

FORMAS DE TERMINACION.—Se han considerado tres:

1o.—La curación.

2o.—La cronicidad o más tarde la demencia.

3o.—La muerte.

1o.—CURACION.—Algunos autores han relatado casos en que después de dos o tres y hasta cuatro accesos los enfermos han quedado completamente curados. Sin embargo hay que preguntarse si estos autores no han perdido de vista a sus enfermos y por lo tanto su estudio no ha podido ser completo; entonces los han considerado erróneamente curados cuando sólo se encontraban en un período intercalar, más o menos largo. Sin temor de equivocarse se puede decir que en aquellos enfermos los accesos se han reproducido indefectiblemente. Es posible que la curación llegue a efectuarse en los casos de manía y melancolía intermitentes. De estas formas sí se han presentado casos en los cuales la remisión completa de los accesos se ha efectuado. Pero por lo que respecta a las formas en las cuales los accesos de manía y melancolía se combinan la curación no se presenta.

2o.—CRONICIDAD Y DEMENCIA.—La psicosis maniaco-depresiva tiende a la cronicidad. Los períodos intercalares van haciéndose más y más cortos, tendiendo a seguir la forma descrita con el nombre de LOCURA CIRCULAR.

Por lo que respecta a los accesos puede suceder que:

1o.—Se hagan tan pequeños que el enfermo cambie de un período a otro en muy corto tiempo. (FORMA OSCILATORIA CIRCULAR).

2o.—Se hagan por el contrario tan largos que el estudio de estos enfermos haga caer en el error de que se trata de un estado maniaco o melancólico continuo. Los antecedentes y sobre todo la observación continuada del enfermo esclarecen este asunto.

Los enfermos de Psicosis maniaco-depresiva no llegan nunca a la demencia. Se ve que llegando aún a una edad avanzada conservan y esto es mucho más notable durante los períodos intercalares, aptitud para el trabajo, está algo disminuida y una memoria segura.

4o.—La psicosis maniaco-depresiva no puede, por sí sola, determinar la muerte del enfermo. Hay, no obstante, que exceptuar los casos en los que el enfermo en sus períodos depresivos llega al estupor, porque en este caso la muerte por inanición es de temer.

DIAGNOSTICO

PRIMER PROBLEMA.—¿A qué forma pertenece el padecimiento?

Un diagnóstico de certidumbre sólo podrá hacerse cuando en los datos de la enfermedad se encuentren los suficientes antecedentes para establecerlo. Ya hemos visto que las diferentes formas de psicosis lo son únicamente en lo que se refiere a evolución. El diagnóstico se debe de hacer en lo que se refiere a si es que se trata de una forma en que se presenten únicamente accesos maniacos o melancólicos o los dos reunidos, o si se está por otra parte, frente a un primer acceso de una psicosis periódica o solamente de un caso de manía o melancolía aislado (manía y melancolía simples).

Este último punto ha preocupado mucho a los psiquiatras. Este escollo ha sido muy difícil apartarlo. Su importancia es decidida puesto que el pronóstico es completamente diferente para una manía o melancolía simples y para la psicosis maniaco-depresiva. La igualdad entre los síntomas en un caso de melancolía puro y un acceso depresivo de una psicosis periódica; la poca diferencia existente entre la manía pura y el período de excitación hacen el problema irresoluble. No obstante algunos autores han tratado de establecer diferencias.

a).—Melancolía.—Las perturbaciones nutritivas son más intensas en la melancolía periódica que en la melancolía simple. Hay que recordar que es esta diferencia de intensidad la que llevó a LUDWIG-MEYER a considerar la psicosis maniaco-depresiva como una trofo-neurosis.

La depresión melancólica (sin delirio, sin estado de estupor) no es común en la melancolía simple; por otra parte es muy frecuente esta forma en las psicosis periódicas.

Una última diferencia: los melancólicos simples son únicamente tristes. Los afectos de psicosis periódica son irritables, malvados.

Vuelvo a repetir, ninguna de estas diferencias es lo suficientemente precisa para poder en un caso de depresión o de manía decir algo

acerca de la evolución posterior del padecimiento. Sólo esperando y siguiendo al enfermo por las fases diferentes por las que vaya pasando podemos hacer un diagnóstico de certidumbre.

b).—Manía.— Conceptos delirantes, agitación más o menos violenta, humor raras veces alegre, casi siempre irritable y malvado, son caracteres que se presentan más frecuentemente en la melancolía de las psicosis periódicas. Igualmente los accidentes congestivos son más frecuentes en estas clases de manías.

Es también interesante la evolución de un acceso. Tanto en la manía como en la melancolía puras el período prodrómico es mucho más acentuado. En las psicosis periódicas llegan rápidamente al acmé, permaneciendo a esta altura con oscilaciones mínimas durante un cierto tiempo, y ya cuando van a desaparecer lo hacen con la misma rapidez del principio. (KRAFT-EBING).

¿Se trata de un caso de manía o melancolía intermitentes o de una forma en que entren combinadas la manía y la melancolía?

Únicamente los antecedentes del enfermo pueden darnos luz en este caso.

El diagnóstico de la psicosis maniaco-depresiva presenta en algunas ocasiones dificultades verdaderamente insuperables.

SEGUNDO PROBLEMA.—¿Qué padecimientos pueden confundirse con estas psicosis?

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.—

a).—PARALISIS GENERAL.—Es tan difícil el diagnóstico en este caso que algunos autores lo consideran como uno de los más delicados, sino el que más, de la Psiquiatría. Ya hemos visto cuánto de común existe entre la Psicosis maniaco depresiva y la Parálisis general. La megalomanía, los actos absurdos y los fenómenos congestivos crean grandes dificultades.

El humor del paralítico observado en el período prodrómico de la enfermedad se encuentra completamente cambiado. Tiene accesos de cólera sin motivo alguno, así como inmensas alegrías sin razón. Sus proyectos cambian, su movilidad continua es desconcertante. El maniaco presenta estos mismos caracteres en su humor pero es mucho menos desigual. Posee una personalidad. Su alegría o su tristeza sabe a qué relacionarla, a qué atribuirle, aunque esa base sea en muchas ocasiones falsa o por lo menos no lo suficiente para producir una reacción de la intensidad que produce. Los cambios de un estado afectivo a otro son mucho menos rápidos de lo que son en el paralítico.

Por lo que respecta al orden intelectual, en los paralíticos hay ausencias momentáneas de la memoria y de la inteligencia, son verdaderas lagunas que no se presentan nunca en el maniaco.

El paralítico es ante todo bueno, dulce, generoso para con los que le rodean; el maniaco es irritable, egoísta, malvado y mentiroso, posee una habilidad notable para mentir y coordinar sus mentiras dándoles todos los visos de verosimilitud.

El paralítico ejecuta actos absurdos, que no lo llevan a ningún fin y de los cuales él mismo se sorprende cuando los ha llevado a cabo.

Se diría que los ejecuta casi automáticamente, solo siguiendo un impulso que le ordena los haga sin saber para qué ni por qué. El maniaco tiene actos hasta delictuosos pero con ellos busca algún fin; persigue el perjuicio o la venganza de los que odia.

Las diferencias por lo que respecta a síntomas que hemos apuntado, se ve que por claras que ellas sean no son lo perfectamente delimitadas para que por una simple observación se pueda transar en un caso y resolverse a que se trate de psicosis maniaco-depresiva o de parálisis general. En muchas ocasiones se necesitará una observación largo tiempo continuada y sobre todo una costumbre para destruir esas diferencias.

La evolución del padecimiento marca también grandes diferencias entre las dos afecciones. Pero pueden presentarse casos en los cuales tratándose de un estado prodrómico de parálisis general se presenten los cambios de carácter de cierta periodicidad y hasta separarse un acceso del siguiente por una remisión. FOVILLE ha dicho a propósito de esta circunstancia: "no es sino cuando se ha seguido cuidadosamente la evolución de los accesos y éstos han sido una sucesión repetida de períodos claros, definidos, bien determinados de manía y de melancolía que se puede afirmar que se trata de una psicosis periódica y no de un caso de parálisis general incipiente.

KRAFT-EBING ante la dificultad ha catalogado los caracteres esenciales de los accesos periódicos y recomienda se busquen siempre, en todos los casos: de esta manera, dice él, se podrá afirmar con mucha mayor seguridad de no equivocarse.

10.—Existe similitud típica entre los accesos en su evolución y síntomas.

Este punto merece una explicación: la similitud a la que se refiere el autor no puede ser a todos los accesos que formen una enfermedad, porque sabemos que ésta ataca generalmente toda la vida del enfermo. La similitud no puede ser entre el primer acceso por ejemplo y el quinto, no, ya hemos visto también que poco a poco la enfermedad se va acentuando en todos sus síntomas. Poco a poco la debilidad intelectual es mayor. La coincidencia estereotipada entre varios accesos para los que ocurran en una misma fase de la enfermedad.

En cuanto a duración del acceso existe también disparidad. Ya hemos asentado igualmente al hablar de la sintomatología cómo la duración del acceso varía en el transcurso de la enfermedad y hasta se ha establecido una regla a este respecto que dice: entre más largo sea un intervalo, tanto más intenso y duradero será el acceso siguiente.

Por otra parte ya veremos al hablar del tratamiento cómo existe un medio ideado por DITTMAR para disminuir la duración de los accesos depresivos.

Hechas las anteriores aclaraciones al primer punto de KRAFT-EBING pasaremos al

20.—Los accesos aparecen casi siempre al mismo tiempo y con coincidencias de circunstancias que las provocan.



30.—La duración media de los accesos es siempre más corta que en los casos en que no se trate de psicosis periódicas.

Es igualmente muy interesante y KRAFT-EBING mismo lo hace notar, lo mismo que GILBERT-BALLET, el cambio absoluto de personalidad cuando se trata de accesos de manía y melancolía sucediéndose uno a otro en cada uno de ellos. El paralítico general cambia de carácter pero es el mismo. El maniaco-depresivo se nos presenta completamente diferente cuando es maniaco que cuando es melancólico.

b).—**DEMENCIA PRECOZ.**—El diagnóstico diferencial es sobre todo interesante cuando se encuentra uno delante de un demente precoz al principio de su demencia presentándose manifestaciones maniacas alternando con estados de inercia. La confusión con un caso de manía intermitente es posible.

Sin embargo la diferenciación es posible porque en la demencia precoz existe una gran inestabilidad de humor. Igualmente existe una incoherencia marcada que no se observa en la manía. Su irritabilidad es súbita e irrazonada. Puede también existir en la demencia precoz abundancia de alucinaciones y reacciones impulsivas que en los maniacos son raras.

Por lo que respecta a los períodos de inercia, éstos se caracterizan sobre todo por la tendencia del enfermo al negativismo. Existe igualmente una gran discordancia entre la expresión exterior del enfermo que deja adivinar dolor y el psiquismo del individuo absolutamente inerte.

c).—**DELIRIOS SISTEMATIZADOS.**—En los delirantes sistemáticos se pueden encontrar períodos de excitación alternando con períodos de calma bastante marcados. Sin embargo el estudio del delirio, de sus alucinaciones, siempre los mismos allanan la dificultad.

d).—**DEMENCIA SENIL.**—La edad del sujeto, los signos físicos de la afección y la pérdida absoluta de la memoria alejan toda causa de error.

e).—**EPILEPSIA.**—El descubrimiento de crisis epilépticas esclarecería el diagnóstico. Sin embargo se puede solucionar por el estado mental del epiléptico. Los antecedentes, la presencia de cicatrices, mordeduras de la lengua nos harán pensar en las caídas, en los accesos epilépticos anteriores.



PRONOSTICO

Por lo que ya hemos expuesto al hablar del modo de terminación de la enfermedad se puede deducir el pronóstico de la misma.

10.—Por lo que respecta a la curación siempre se ha estado de acuerdo en la seriedad del pronóstico. GRIESINGER en su tiempo lo había comparado al de la epilepsia. FALRET decía a este respecto: “Es notable! la manía y la melancolía que tomadas aisladamente son ordinariamente más curables que las otras, presentan la mayor gravedad cuando se encuentran reunidas para formar la locura circular. Hasta aquí hemos podido ver las remisiones más o menos notables en el curso de esta afección pero nunca hemos visto ni la curación completa ni aún la mejoría notable”.

Cuando estemos enfrente de un caso de locura de doble forma hay que advertir a los familiares del enfermo que puede suceder:

10.—Los períodos intercalares hacerse más cortos hasta convertirse en la forma descrita por FALRET. Es lo más frecuente.

20.—Los intervalos lúcidos pueden hacerse lo suficientemente largos para tomar a un enfermo como que ya ha curado. Hay que advertir sin embargo que los accesos volverán irremisiblemente.

30.—Los períodos maniacos o depresivos pueden hacerse igualmente tan largos para tomar a un enfermo como maniaco crónico o como lipemaniaco igualmente crónico.

II.—Refiriéndonos a la vida del enfermo ya hemos dicho que “las condiciones de longevidad del alienado no son sensiblemente modificadas por la enfermedad mental” (ROGUES DE FOURSAC). *Psiquiatría* 1921.

TRATAMIENTO

Hay que llenar dos indicaciones:

1o.—Prevenir el retorno de los accesos.

2o.—Combatir los accidentes de cada período.

I.—Para llenar el primer requisito desde hace mucho tiempo se recomienda el sulfato de quinina a altas dosis (hasta 2 gramos diarios) y hasta que se presenten accidentes, suspender por algún tiempo, para después reiterar el tratamiento. Por sus resultados poco satisfactorios no se usa en la actualidad.

DITTMAR haciendo sus estudios en Keingensmunster ha observado manteniendo al enfermo en cama durante todo el acceso melancólico, el período de excitación siguiente se retrasa y sus síntomas se aman-guan.

Hemos dicho al hablar de las formas de la terminación de la enfermedad que el pronóstico de la manía y la melancolía intermitentes es menos grave, ya que en algunas ocasiones los enfermos curan. Esto hizo pensar que, eliminado una de las formas de accesos en los casos en que la manía y la melancolía se presentan unidas, la curación podría alcanzarse ya que la enfermedad quedaba reducida a una de las primeras. BAILLARGER por medio de sangrías eliminaba los períodos maniacos. La enfermedad no curaba puesto que propiamente existía y el cambio en su evolución era únicamente DEBIDO a un artificio. Si las sangrías no se hacían la enfermedad se presentaba nuevamente con sus caracteres primitivos. Está fuera de uso este tratamiento.

II.—Indicaciones sintomáticas.

a).—PERIODO DEPRESIVO.

Régimen de vida.—Poner al enfermo en un medio de completa, absoluta calma, lejos de toda agitación y ruido. Aislar completamente al individuo de los que habitualmente le rodean, pero someterlo de todas maneras a una vigilancia rigurosa. No son aconsejables los viajes ya que el enfermo prefiere la inactividad. No obstante cuando la melancolía es compatible con cierta actividad hay que hacer que el enfermo se distraiga con paseos que no le fatiguen, trabajo de campo, jardinería, gimnasia moderada y racional. Hay que dejar al enfermo en este caso tiempo para que repose. Tienen estos trabajos la ventaja de que distraen y hacen olvidar al enfermo los pensamientos tristes que determinan su melancolía.

Tomar cerca de un lipemaniaco la actitud de un compañero, procurar ganarse su confianza. Demostrarle que nos interesamos por su estado, oír sus ideas delirantes y hasta aceptarlas sin discusión.

La alimentación debe ser no tan abundante como substancial. Se pueden permitir los estimulantes como el té, el café, el vino, pero no abusar de ellos. Hay que dar tónicos como la quinina, fierro, inyecciones de suero, peptonas. En caso de que el enfermo rechace los alimentos, recurrir a la alimentación por sonda.

Hay que combatir la constipación por los laxantes y lavados. Administrar igualmente antisépticos intestinales.

Estimular la nutrición general por medio de la balneoterapia. Aconsejar con el mismo fin fricciones secas, masaje, baños sinapismados, electricidad estática o farádica.

Contra el insomnio hay que preferir a todos los hipnóticos el veronal a dosis de veinticinco centigramos por ser el más inofensivo.

En las formas ansiosas dar **pantapon** o el fosfato de **codeína** en inyecciones subcutáneas a la dosis de dos a diez o doce centigramos.

Cuando las ideas delirantes abundan, internar al enfermo. En cuanto a la alimentación el mejor régimen es el lácteo vegetariano. En los casos en que la depresión llega hasta el estupor, el internamiento se impone igualmente a fin de que el enfermo tenga constante vigilancia y atención. Régimen lácteo o lácteo-vegetariano. Casi siempre la alimentación tiene que ser por medio de sonda.

En casos en los que existen ataques congestivos aplicar puntos de fuego o vejigatorios en la nuca como revulsivos.

b).—ESTADO MANIACO.—Se instituye con mucho éxito la hiosciamina a la dosis de $\frac{1}{2}$ a un miligramo.

Baños prolongados. Opiáceos y bromuros.

Faint, illegible text, likely bleed-through from the reverse side of the page.

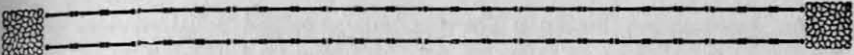
Faint, illegible text, likely bleed-through from the reverse side of the page.

Faint, illegible text, likely bleed-through from the reverse side of the page.

Faint, illegible text, likely bleed-through from the reverse side of the page.

Faint, illegible text, likely bleed-through from the reverse side of the page.

HISTORIAS CLINICAS



Caso No. 1

M. G. S., de cincuenta y cuatro años de edad; de sexo femenino, natural de Lagos, Edo. de Jalisco, casada y residente en México. Fue estudiada en el Sanatorio para Enfermos Mentales "Rafael Lavista".

ANTECEDENTES FAMILIARES:

a).—Antecesoros.—Numerosos alcohólicos entre sus antecesoros. Hubo también individuos de carácter excéntrico y algunos enfermos mentales.

b).—Colaterales.—Tuvo siete hermanos, la enferma ocupó el tercer lugar entre ellos. Tiene un hermano con psicosis alcohólica crónica.

ANTECEDENTES PERSONALES.—Nació a término. Comenzó a hablar oportunamente. Los primeros dientes salieron igualmente en tiempo normal. En su juventud y edad adulta fue notable su carácter irascible. Siempre observó costumbres morigeradas. Principió a menstruar a los trece años. Desde hace siete padece de dismenorrea.

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD.—Comenzó a estar enferma hace once años, lentamente y después de haber sufrido una fiebre tifoidea, con un acceso de excitación psico-motora que no alcanzó caracteres alarmantes, ya que ni la enferma ni sus familiares le dieron importancia. Poco después se presentaron otros dos accesos que ya llamaron la atención de los que la rodeaban por la intensidad de los síntomas: excitación psíquica (logorrea, fuga de ideas e insomnio) y agitación motriz. A partir de entonces los accesos se repetían cada vez con mayor intensidad y más duraderos. No se puede precisar cuántos días

ron aún, pero su repetición y alarmante y progresiva intensidad obligaron a los familiares de la enferma a proceder a su internamiento.

El día veintinueve de julio de mil novecientos veinticinco fue internada en la Quinta de Salud "RAFAEL LAVISTA", de donde reajo los siguientes datos:

1o.—Fechas de salida y de ingreso de la enferma a la Quinta de Salud:

1er. Ingreso.—	29 de Julio de 1925.
Salida.—	10 " oct. " 1926.
2do. Ingreso.—	23 " mar. " 1927.
Salida.—	16 " abr. " "
3er. Ingreso.—	19 " " " "
Salida.—	30 " " " "
4o. Ingreso.—	18 " may. " "
Salida.—	9 " jul. " "
5o. Ingreso.—	30 " " " "

hasta la fecha de estudio en que se encuentra aún internada.

Durante estas estancias de la enferma en el Sanatorio, numerosos accesos se han presentado; todos ellos siguen un tipo común y difieren únicamente en la duración e intensidad de los síntomas, siendo éstos siempre los mismos y siguiendo siempre el mismo orden de aparición.

El acceso tiene como pródromos: insomnio tenaz, aislamiento, mutismo, cefalea intensa y sitiofobia. Después hay signos de un estado de agitación ligera y euforia marcada. Por último se presenta francamente el acceso con todos los síntomas de un acceso francamente depresivo.

Los accesos maniacos se inician en la misma forma por un período melancólico. Los accesos se han presentado así:

Principio.	Fin del acceso	Duración	Intermedio
a).—11 Sep. 1925	17 Sep. 1925	6 días.	
b).—17 Oct. "	8 Nov. "	22 "	30 días.
c).—29 Nov. "	2 Ene. 1926	35 "	21 "
d).—26 Feb. 1926	26 Mar. "	29 "	54 "
e).—29 Abr. "	6 May. "	10 "	25 "
f).—17 Jun. "	22 Jun. "	5 "	32 "
g).—18 Jul. "	25 Jul. "	7 "	41 "
h).—20 Ago. "	2 Sep. "	13 "	26 "
i).—28 Sep. "	6 Oct. "	8 "	26 "

2do. Ingreso.—Ingresó en estado depresivo. Salió el día dieciséis de abril ya terminado el acceso.

3er. Ingreso.—Igual que en el ingreso anterior entró en estado depresivo y salió tranquila.

4o. Ingreso.—Nuevamente como en los anteriores ingresó en estado melancólico y terminó este acceso el día cuatro de Junio con una duración aproximada de quince días. Permaneció tranquila hasta el día dos de Julio en que se presentó otro nuevo acceso que duró únicamente siete días.

5to. Ingreso.—Llegó al Sanatorio durante un acceso que se prolongó hasta el día primero de agosto en que ya estuvo tranquila. El día diez y ocho de agosto nuevo acceso que fue el que tuve la oportunidad de conocer el día que la estudié.

Dando un ligero vistazo a los datos antes apuntados, se puede uno dar exacta cuenta de la falsedad de representación de las curvas que al exponer la teoría de la Psicosis maniaco-depresiva he tratado.

La duración, el intermedio, el carácter de los accesos, todo concurre a que la regularidad no sea ni con mucho perfecta. Queriendo apartar ese defecto y siguiendo la idea del grabado que en otro lugar aparece, he ideado mejor representar gráficamente la afección en la forma que aparece en el grabado adjunto. Tiene la ventaja de poder representar los factores tiempo y calidad del acceso de una manera más práctica y a mi parecer más apropiada.

EVOLUCION DE LA MENTALIDAD DE LA ENFERMA:

Durante las primeras veces que presentaba sus intermedios lúcidos su estado mental no presentaba alteración de fondo y guardaba en apariencia la integridad de sus facultades psíquicas. Con la sucesión de los accesos se ha ido observando que tales intervalos han revelado cierto déficit intelectual y en los últimos tiempos los períodos que tiene entre los accesos marcan ya la existencia de un fondo ligeramente demencial y la existencia de ciertos síntomas constantes como: puerilismo, desinterés para con su situación y para su familia e hiperemotividad (llora y ríe con frecuencia y sin causas plenamente justificadas).

Caso No. 2

E. P. de treinta años de edad, sexo femenino, natural de México D. F. fué estudiada en el Pabellón de Excitadas del Manicomio General.

ANTECESORES

ANTECEDENTES FAMILIARES.—Su padre fué de carácter excéntrico.

COLATERALES.—Un tío de la enferma se suicidó.

ANTECEDENTES PERSONALES.—Nació a término. Tiene ocho

hermanos. La enferma ocupó el cuarto lugar entre ellos. Padeció sarampión. No padeció ninguna otra enfermedad durante su primera infancia.

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD.—El principio de la enfermedad fue brusco. hace diez y ocho años que está enferma. Los familiares de la enferma atribuyen la afección a una fuerte emoción recibida. Coincidió más o menos la fecha de ésta con la aparición de la enfermedad, que ha consistido siempre en accesos de carácter francamente maniaco: excitación psíquica y agitación motriz muy marcada.

1o.—Excitación psíquica.—Insomnio.—Logorrea notable: en su conversación no sigue nunca un fin. Cualquier objeto, cualquier persona, cualquier movimiento la desvía sin que vuelva al punto primitivo:

“...estoy triste porque mi mamá no ha venido a verme, pero deme un cigarro y le canto que “fumar es un placer” (cantando) pero lo mejor para mí es la jota que se baila así (levanta los brazos y las piernas como para bailar y se acompaña igualmente de un canto). Yo sé escribir y voy a escribir en un papel de fantasía rosa ya que siempre me visto de fantasía, me he vestido de reina de enfermera porque el otro día me disgusté con otra enferma y el otro día me llevaron a otro pabellón con otro Doctor. No me quiere retratar? con un estambre tejo una como tohallita y sé coser...”

Las ideas eran determinadas por sin número de objetos, y eran acompañadas de diversos movimientos de la enferma: acciona, gesticula, da vueltas, se acerca y se aleja de su interlocutor. Todos sus movimientos son como si quisiera con ellos dar más veracidad al relato y como para dar más exacta comprensión de él.

Los accesos se presentaban al principio de la enfermedad bastante espaciados durando aproximadamente quince días y desapareciendo por espacio de un mes o más. Ahora los accesos no han aumentado de duración pero sí son muy frecuentes tanto que a veces solamente dura un día o dos y el nuevo acceso se presenta. Durante los períodos intercalares la enferma acusa un considerable déficit intelectual.

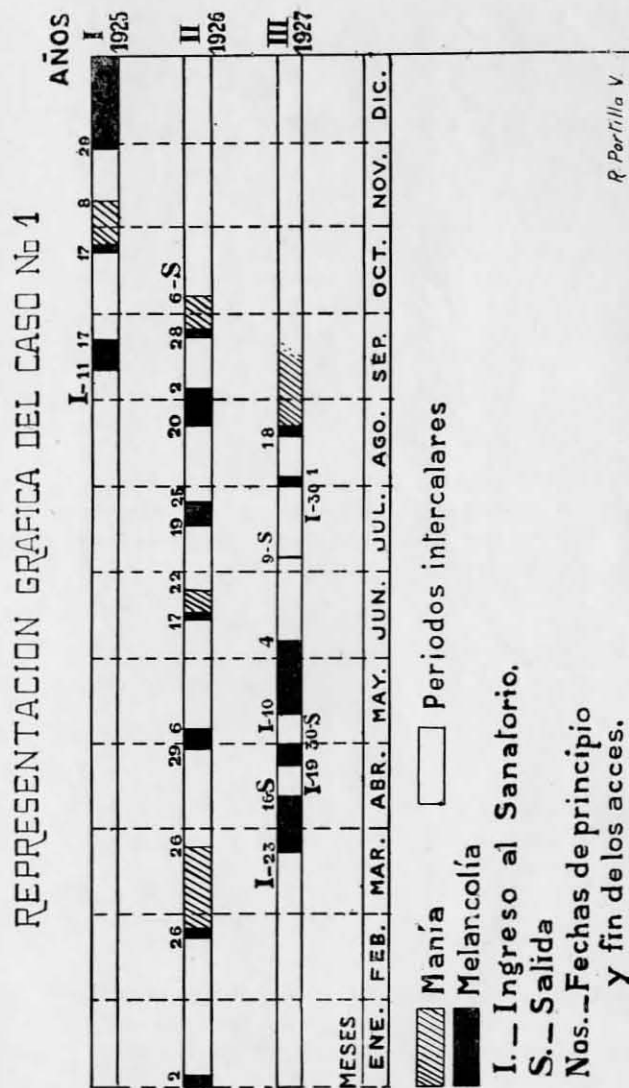
Cuenta con los siguientes ingresos al Manicomio General:

- 1o.—Ingresó el día cinco de Junio de 1911.
Salida “ “ “ “ Sept. “ “
- 2o.—Ingresó “ “ nueve “ Junio “ 1912.
Salida “ “ 18 “ Abril “ 1913.
- 3o.—Ingresó “ “ veinte “ Dic. “ 1924.

Hasta la fecha en que aún se encuentra en el Manicomio.

Caso No. 3

G. M. de diez y ocho años de edad, de sexo femenino, soltera, natural de México, D. F. y residente en México.



ANTECEDENTES FAMILIARES.—Antecesoros.—Ningún dato de interés. Colaterales.—Un primo de la enferma es extravagante de carácter.

ANTECEDENTES PERSONALES.—Nació a término. Ocupa el cuarto lugar entre sus hermanos. Es gemela. Fué sana durante su primera infancia. Comenzó a hablar y a andar en tiempo normal. Ingresó a la Escuela a la edad de seis años, observando siempre buena conducta tanto en ella como en su casa. Siempre ha sido de un carácter retraído.

Su menstruación empezó a los catorce años, Dismenorrea.

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD.—Principió lenta. En el mes de abril de 1927 se presentaron los primeros síntomas. Fué internada hasta el día veinte de agosto en la Quinta de Salud Rafael Lavista. Inspección general de la enferma durante el acceso de manía.

Inspección General.—Joven íntegra físicamente. Sus movimientos denotan la excitación de la enferma: se golpea, rompe sus vestidos, ni un momento está quieta en un lugar sino que pasea, se acuesta, se tira en el suelo, etc.

Ríe sin motivo y constantemente. Lanza gritos y palabras completamente incoherentes.

A estos datos que nos da la inspección general hay que añadir: insomnio, negativismo, hipomnesia, desorientación cronopsíquica, cierta tendencia a estereotiparse algunos actos como permanecer acostada en el suelo. Por último alucinaciones auditivas.

Los accesos que ha tenido esta enferma han sido tres únicamente, dos fuera del Sanatorio y el último en él. Les precede un estado de depresión marcada. La duración de los pródromos es de unos ocho días.

El período maniaco dura aproximadamente veinte a veinticinco días. En conjunto el acceso se acerca bastante a la forma descrita por BAILLARGER.

Caso No. 4

R. S. de treinta y nueve años de edad, natural de México, D. F., viuda, estudiada en la Quinta de Salud "Rafael Lavista".

No se tienen datos acerca de sus antecedentes pero consigno este caso por lo típico de sus accesos. Se trata de una melancolía intermitente.

La enferma se encuentra muy adelgazada. Sus movimientos son normales y no existen movimientos anormales. Su actitud es libremente escogida. Su facies es casi inmóvil, no inexpresiva, pues sus razgos contraídos acusan dolor. Hay disminución global de sus facultades intelectuales, marcada torpeza y lentitud de comprensión que se manifiesta por reacciones tardías. Hipoprosexia. Negativismo. Alucinaciones auditivas muy frecuentes. Continuamente habla de manera espontánea. Presenta raptos en los cuales llora, grita, etc. Fuera de los raptos la

enferma presenta una dislogía (voz monótona y apenas perceptible). Los accesos se presentan con períodos intercalares de cierta duración. Duran de veinte a treinta días.

Caso No. 5

E. S., de sesenta y nueve años de edad, natural de Cadereita de Jiménez, Estado de Nuevo León, casado, agricultor y residente actualmente en México, D. F., fue estudiado en el Manicomio General.

ANTECEDENTES FAMILIARES.—Antecesoros.—Su padre tuvo accesos de lipomanía siguiendo el tipo melancolía intermitente. Padeció igualmente de reumatismo deformante y de angina de pecho; murió en un acceso de esta última afección. Su madre fué sana, murió de fiebre tifoidea. Existía parentesco entre el padre y la madre: eran primos hermanos.

COLATERALES.—Tuvo dos hermanos, él ocupó el primer lugar entre ellos. Una hermana padece enajenación mental.

DESCENDIENTES.—Ha sido casado dos veces. Del primer matrimonio tuvo tres hijos, los tres alcohólicos. Del segundo tuvo solamente una hija la cual es sana.

ANTECEDENTES PERSONALES.—Nació a término.—Habló y anduvo en tiempo normal. Su dentición fué retardada. Padeció a los cinco años de paludismo. Después de un año no se volvió a presentar ningún acceso palustro.—Ingresó a los seis años a la Escuela, era en general desatento pero no inquieto ni travieso. Fuera de la Escuela observó buena conducta. Fue siempre de carácter retraído. Su crecimiento fue normal siendo en general sano. Fue agricultor hasta que los primeros síntomas de su enfermedad actual obligaron a sus familiares a trasladarse a esta Capital. Después ha sido comerciante.

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD.—A la edad de veintitrés años empezó a estar enfermo. El principio fue brusco. De un día a otro se mostró con cacoforia, deprimido, llorando con mutismo y sitiofobia. El acceso duró un mes; con un período intercalar de quince días se presentó otro nuevo acceso exactamente igual al anterior que duró mes y medio. Para entonces hubo que internarlo en el Manicomio de San Hipólito.

Después de entonces, es decir, desde el año de mil ochocientos setenta y uno no volvió a estar enfermo hasta el año de mil novecientos nueve ya cuando el enfermo contaba cincuenta y tres años. El acceso nuevamente fue de carácter depresivo y en esta vez si fue de larga duración (diez meses).—Al noveno mes fue internado a la Quinta de Salud "Rafael Lavista" donde permaneció desde el día veinticinco de agosto de mil novecientos nueve, hasta el veinticinco de octubre del mismo año. Durante este tiempo los accesos depresivos alternaban con accesos maniacos. Ambos de corta duración (algunos días

solamente). Después sus recaídas continuas volvieron a forzar a sus familiares a un segundo internamiento del cual me veo imposibilitado a dar datos por no haberlos encontrado en la Quinta de Salud. Nuevamente un internamiento, el tercero, desde el día veintisiete de diciembre de mil novecientos catorce hasta el día doce de Mayo de mil novecientos quince. Por último volvió a ingresar el día 15 de noviembre de mil novecientos veintiseis, hasta el día primero de Diciembre del mismo año. Durante estas estancias los accesos fueron únicamente maniacos con ligeros pródromos depresivos.

Por otra parte en el Manicomio General ha tenido los siguientes ingresos.

- 10.—No se puede precisar la fecha.
- 20.—Ingresó el día ocho de Diciembre de 1920.
Salida el día cinco de enero de 1921.
- 30.—Ingresó el día veinticinco de Julio de 1924.
Salida el día seis de Diciembre de 1924.
- 40.—Ingresó el día treinta de abril de 1927.

Durante estas estancias en el Manicomio General los datos acerca de su enfermedad coinciden con los recogidos en la Quinta de Salud "Rafael Lavista". Se trata de manía intermitente cuyos accesos son de duración variable pero siempre con los mismos síntomas.

Reacción de WASSERMAN: negativa.

Inspección General.—Se trata de una persona del sexo masculino, de baja estatura. Su cara denota alegría, en el ojal de su saco trae una flor.

SINTOMAS.—Logorrea.—Algunas ideas megalomaniacas. Insomnio. Asociación de ideas rápida que hace que el enfermo desvíe continuamente su conversación. Agitación motriz. Impulsivismo. (Ha tenido durante su estancia en el Manicomio algunos disgustos con los enfermos, injuriándolos, dándoles golpes). Hipomnesia.

Transcribo una carta que en alguna ocasión mandó a una señorita amiga suya en la cual fácilmente se pueden ver la asociación de ideas aumentada. Además se puede observar que en la carta no se persigue ningún fin. El enfermo sigue el curso de sus ideas transcribiéndolas íntegras. En la firma se puede ver el detalle de su megalomanía.

"Señorita M. C.

Respetable señorita.—Por causas que no hay para qué explicarle no me había dado el placer de dirigirme a usted, el jueves pasado la esperé inútilmente. Pues cuando estoy abandonado y solo en el mundo la oí hablar y sus ojos se fijaron en los míos sentí la impresión que sólo tuve hace treinta y tres años en que murió mi madre, cuando me fuí de viaje y ví muchas muchachas muy lindas de las que sólo se ven en los grandes aparadores de las grandes Capitales. Aunque ya comprendo que

para usted soy un viejo soldado de la Vieja Guardia y que desde soldado raso y por escalafón en el Gran Colegio Militar de Chapultepec salí de Subteniente a reemplazar con veinte alumnos más a los Jefes que caían abatidos por los valientes indios apaches de Chihuahua pues ellos defendían un ideal y era que se les dejara la creencia en una "Santa" según ellos. Como nuestra sagrada Ley de Reforma no admite en su texto ningún bulto, se les mandó batir y enseñar que en la República sólo hay un Dios: la imagen de Nuestra Señora de Guadalupe.

Siendo ella la Reina de todo nuestro Continente se le pidió permiso al Vaticano para que se le diera culto. Pues si los Frailes han explotado el nombre de Dios Gran Maestro Jesús Nazareno no podemos permitir que a Ntra. Virgen se le manche, con querer blasfemar.

El más ardiente y fiel de sus admiradores y adoradores que a sus pies besa,

E. S. G. T. Caballero de la Real Orden de España "A"

En este escrito se puede ver fácilmente lo que en el transcurso de ésta afirmé al hablar de los escritos de los maniacos. Está ocupado todo el pliego de papel y la firma del enfermo tuvo que ponerla en un lado y sobre las letras ya escritas. Igualmente el asunto es de una variedad asombrosa. El principio sigue un derrotero completamente distinto cuando el enfermo relata lo sucedido en el Colegio Militar y en seguida el hecho de hablar de la defensa de unos indios a una imagen es suficiente para un nuevo cambio para seguir tratando el punto de las Leyes de Reforma, de la imagen de Guadalupe, etc.

La antefirma inesperada completamente puesto que el relato no parecía haber tenido fin aún. Lo único que guió seguramente al enfermo a terminar la carta fue que no tenía ya papel. Su imaginación es rica pues en los antecedentes personales de este enfermo no se encuentran datos de que haya estado en el Colegio Militar, ni siquiera en México a esa edad. El título que pone abajo de su firma después de haber usado tres apellidos da cuenta de sus ideas megalomaniacas.

