



1914

Nº 2898

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Dir. B. 40, 2

LA HISTERIA

SU ORIGEN

y

DIFERENTES CONCEPCIONES

CONSIDERACIONES CLÍNICAS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA
POR

ROBERTO J. DORMAL

Practicante Externo del Laboratorio Central del Hospital Nacional de Clínicas

Practicante Externo del Hospital San Roque, Sala XIV

Practicante Honorario de Vacuna

Practicante menor Externo con servicio de guardia, Hospital Carlos Durand



BUENOS AIRES

IMPRENTA TRAGANT - CALLE BELGRANO, 438 AL 452

1914

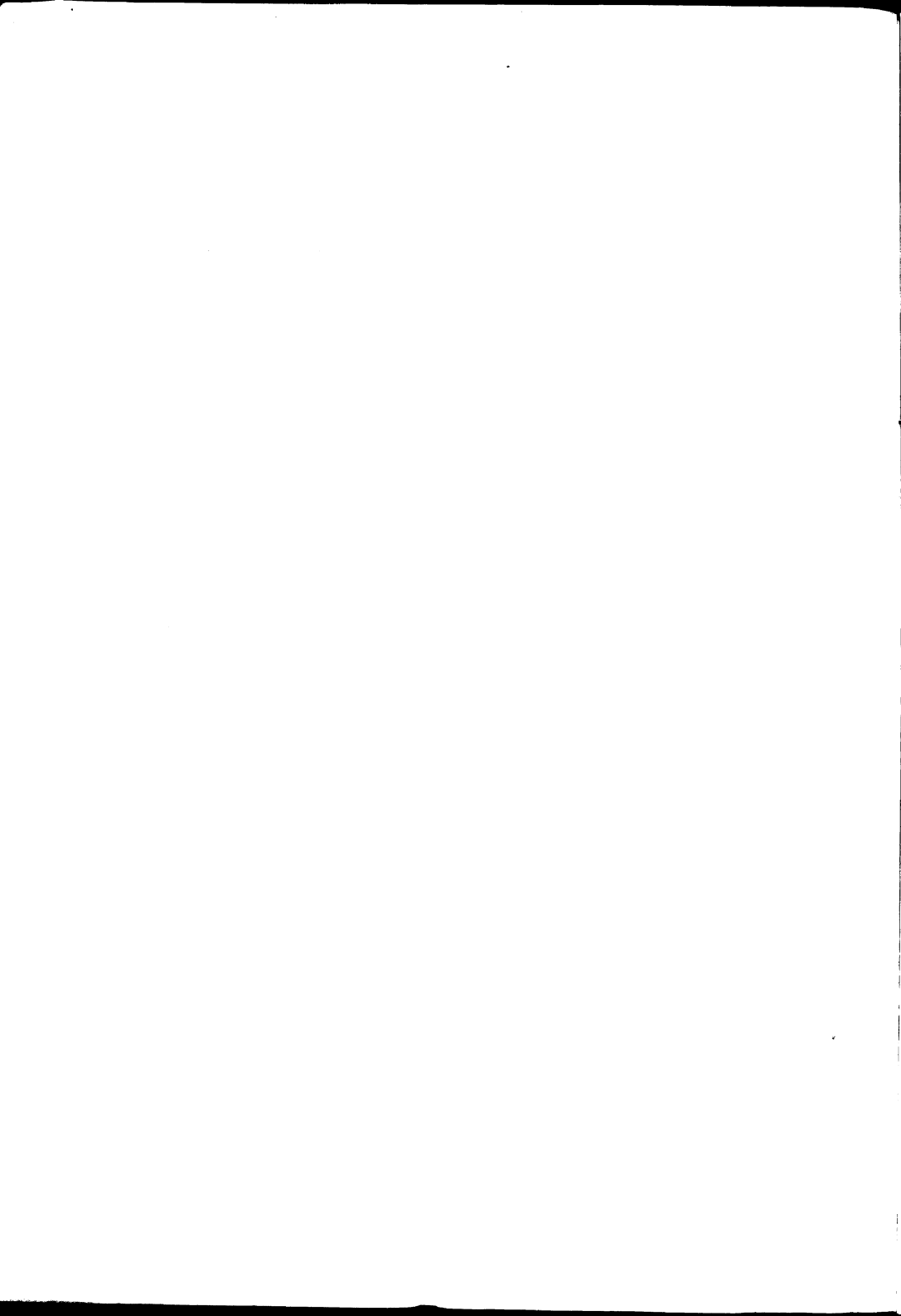




Mariano R. Castex

PADRINO DE TESIS

LA HISTERIA
SU ORIGEN
,
DIFERENTES CONCEPCIONES



UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LA HISTERIA

SU ORIGEN

y

DIFERENTES CONCEPCIONES

CONSIDERACIONES CLÍNICAS

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA
POR

ROBERTO J. DORMAL

Practicante Externo del Laboratorio Central del Hospital Nacional de Clínicas

Practicante Externo del Hospital San Roque, Sala XIV

Practicante Honorario de Vacuna

Practicante menor Externo con servicio de guardia, Hospital Carlos Durand

BUENOS AIRES

IMPRENTA TRAGANT - CALLE BELGRANO, 438 AL 452

1914

Mr. Dormal

La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

Act. 192 del R. de la U.

Facultad de Ciencias Médicas

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

Vicepresidente

DR. D. LUIS GÜEMES

Miembros titulares

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » EUFEMIO UBALLES
3. » » PEDRO N. ARATA
4. » » ROBERTO WERNICKE
5. » » PEDRO LAGLEYZE
6. » » JOSÉ PENNA
7. » » LUIS GÜEMES
8. » » ELISEO CANTÓN
9. » » ENRIQUE BAZTERRICA
10. » » ANTONIO C. GANDOLFO
11. » » DANIEL J. CRANWELL
12. » » HORACIO G. PIÑERO
13. » » JUAN A. BOERI
14. » » ANGEL GALLARDO
15. » » CARLOS MALBRÁN
16. » » M. HERRERA VEGAS
17. » » ANGEL M. CENTENO
18. » » DIÓGENES DECOUD
19. » » BALDOMERO SOMMER
20. » » FRANCISCO A. SICARDI
21. » » DESIDERIO F. DAVEL
22. » » DOMINGO CABRED
23. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO

Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
 » » GREGORIO ARAOZ ALFARO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO VIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. LUIS GÜEMES

Vicedecano

DR. PEDRO LACAVERA

Consejeros

DR. D. ELISEO CANTÓN

- » » LUIS GÜEMES
- » » ENRIQUE BAZTERRICA
- » » DOMINGO CABRED
- » » ANGEL M. CENTENO
- » » MARCIAL V. QUIROGA
- » » ABEL AYERZA
- » » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
- » » FRANCISCO SICARDI
- » » TELÉMACO SUSINI
- » » NICASIO ETCHEPAREBORDA
- » » EDUARDO OBEJERO
- » » J. A. BOERI (Suplente)
- » » ENRIQUE ZÁRATE
- » » PEDRO LACAVERA
- » » JOSÉ ARCE

Secretarios

DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)

- » » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)

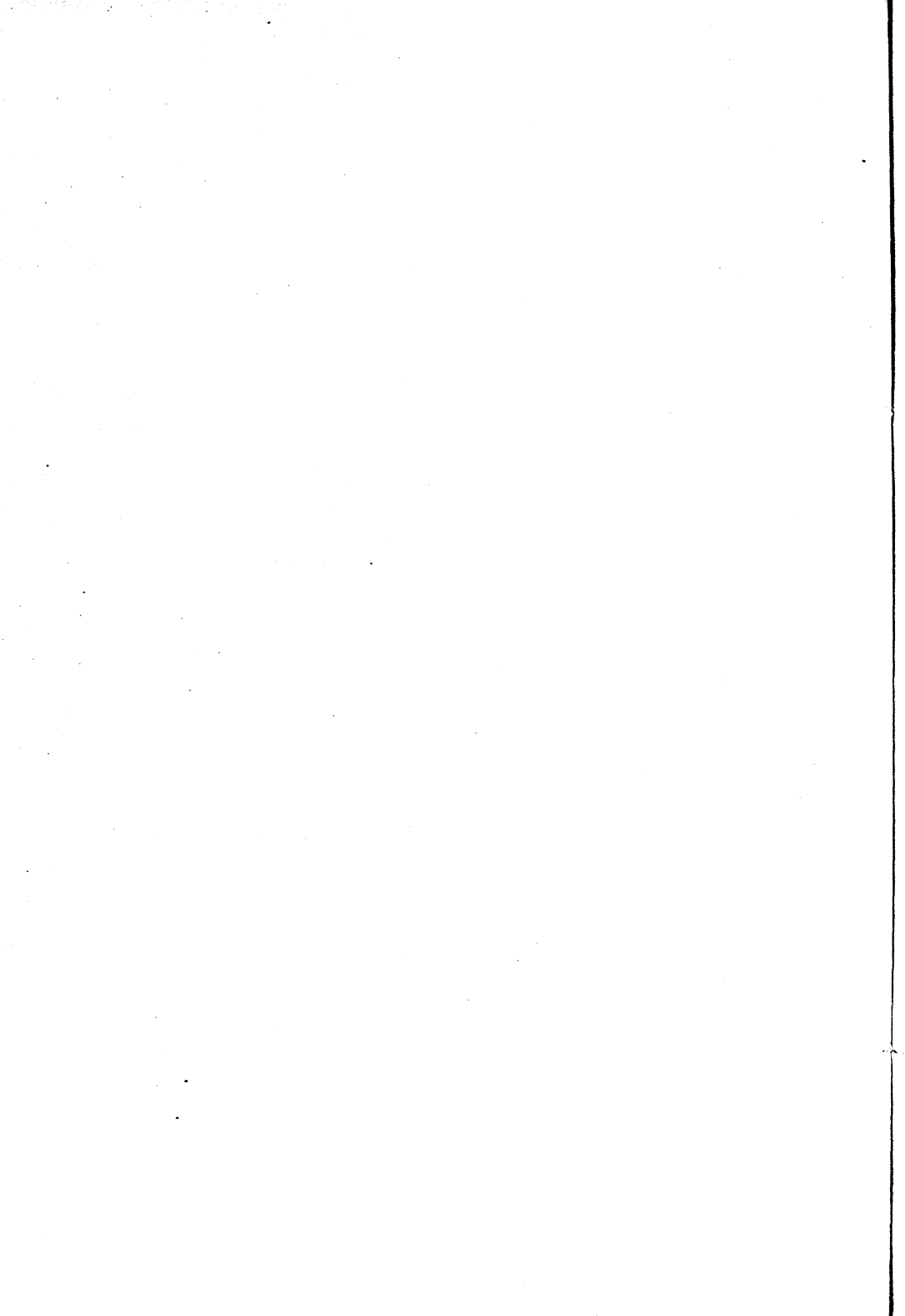


ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

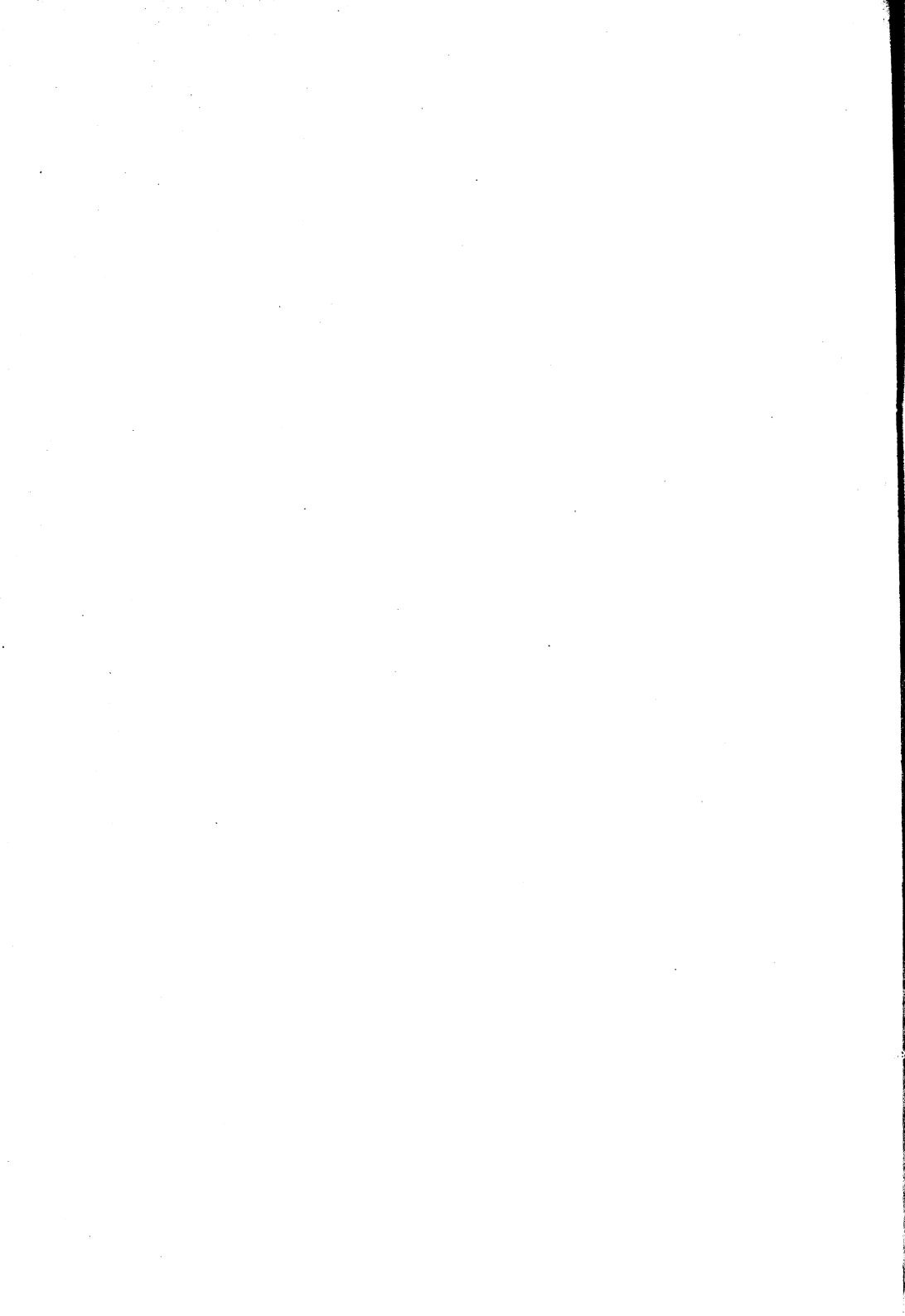
DR. ROBERTO WERNICKE

- » JOSÉ T. BACA
- » JUVENCIO Z. ARCE
- » P. N. ARATA
- » F. DE VEYGA
- » ELISEO CANTÓN
- » JUAN A. BORRI



ESCUELA DE MEDICINA

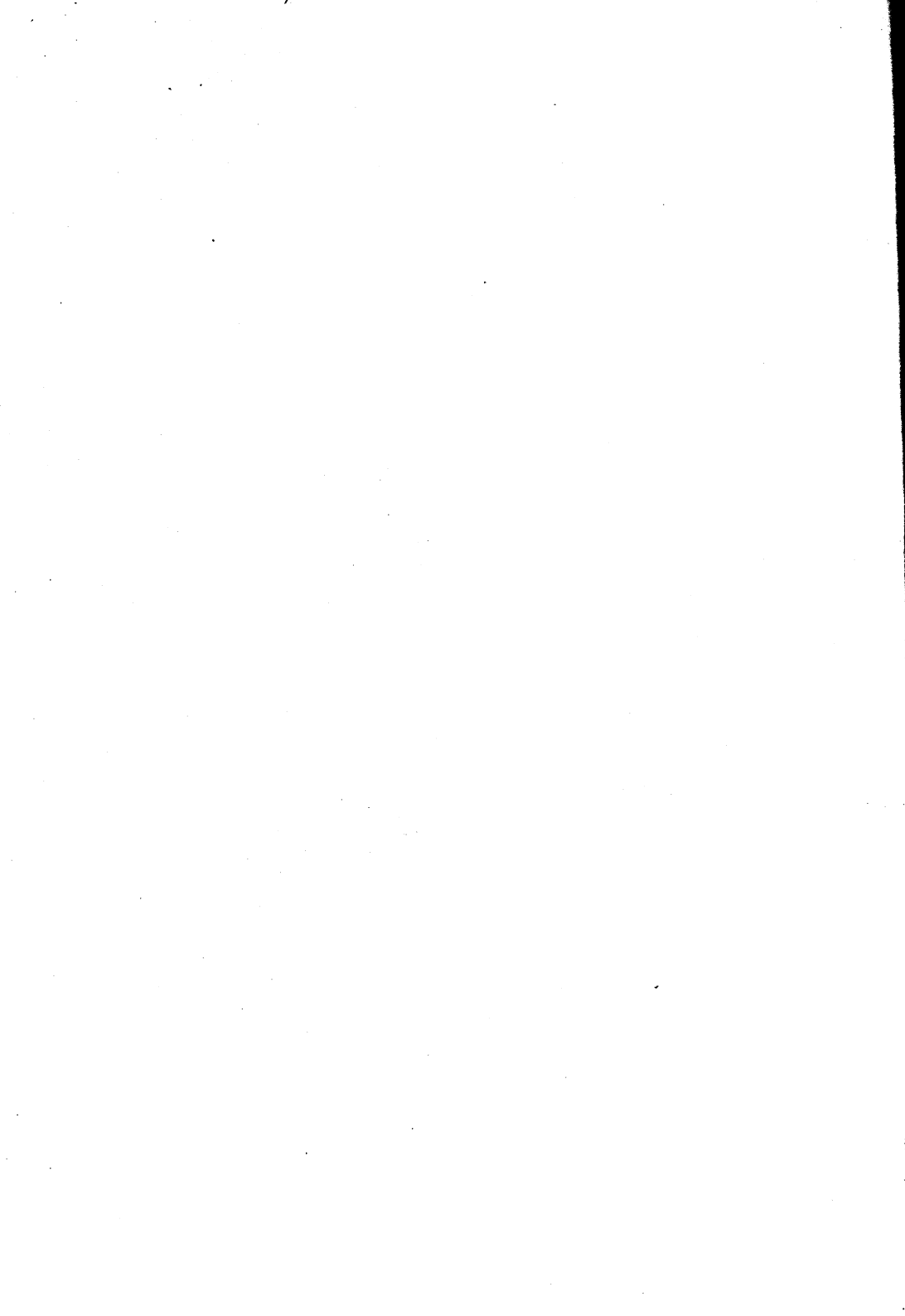
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía descriptiva.....	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
Química Médica.....	» ATANASIO QUIROGA
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.....	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos.....	{ » GREGORIO ARAOZ ALFARO
	{ » DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica.....	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.....	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica.....	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica.....	» EDUARDO OVEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Médica.....	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» FRANCISCO A. SICARDI
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	{ » ANTONIO C. GANDOLFO
	{ » MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediatría.....	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

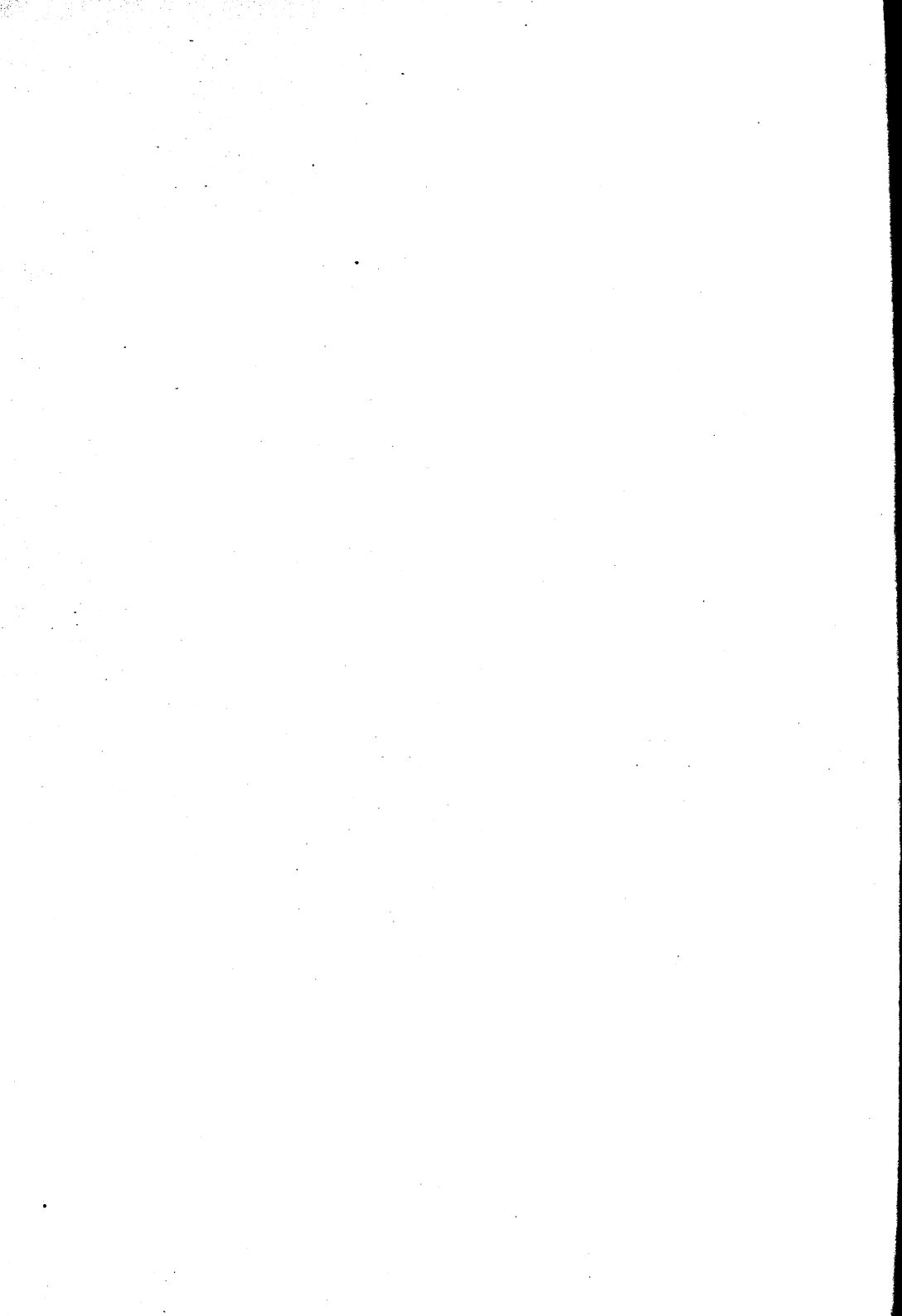
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	» JUAN CARLOS DELFINO
Anatomía Patológica.....	» LEOPOLDO URIARTE
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Médica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Dermato-sifilográfica.....	» ENRIQUE ZÁRATE (en ejerc.)
Clínica Neurológica.....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Psiquiátrica.....	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Pedriática.....	» JOSÉ R. SEMPRUM
Clínica Quirúrgica.....	» MARIANO ALURRALDE
Patología interna.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica oto-rino-laringoiológica.....	» JOSÉ T. BORDA
	» ANTONIO F. PIÑERO
	» FRANCISCO LLOBET
	» RICARDO COLÓN
	» ELISEO V. SEGURA



ESCUELA DE MEDICINA

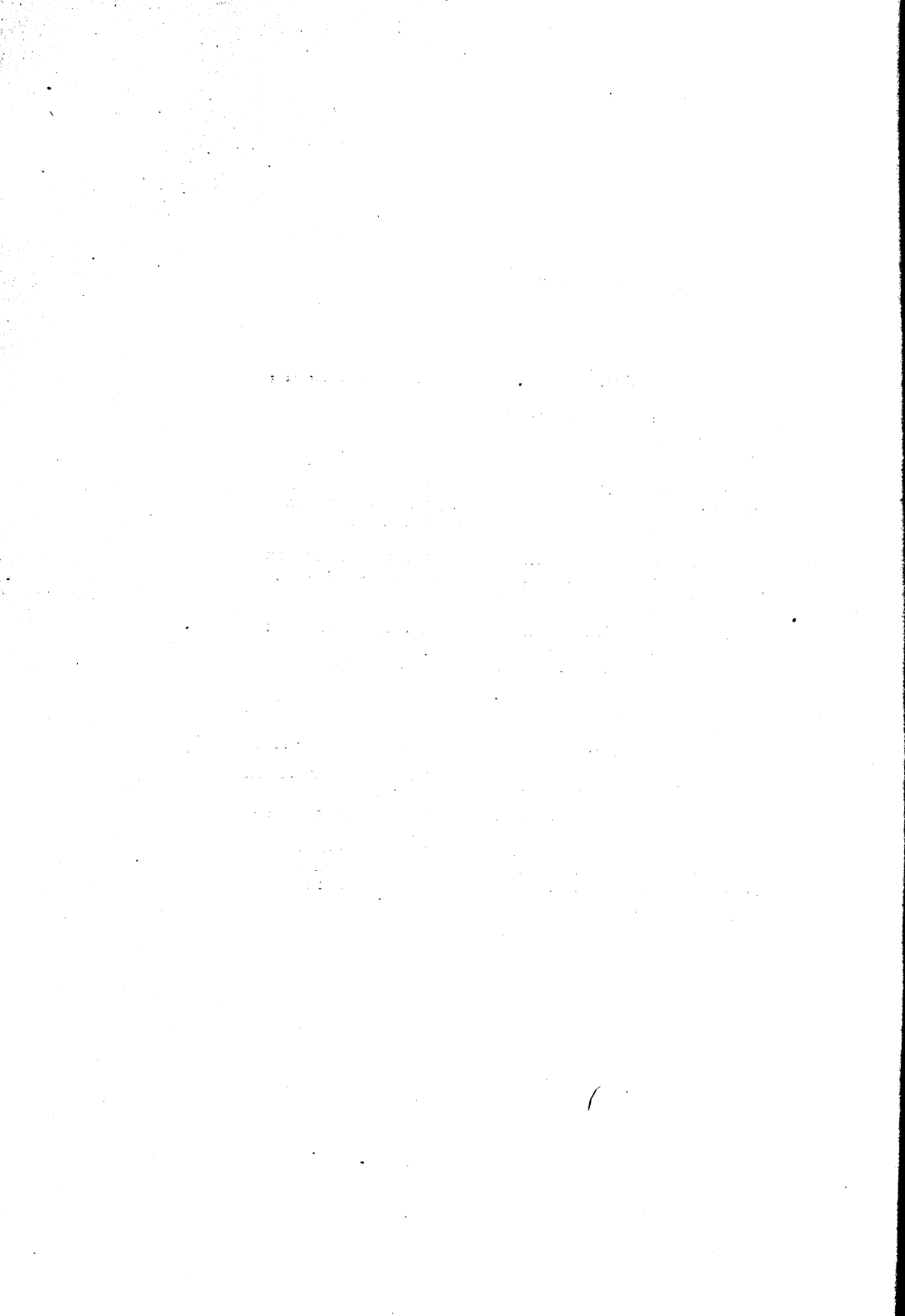
Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica.....	DR. GUILLERMO SEEBER
Anatomía descriptiva.....	» PEDRO BELOU (en ejerc.)
Botánica Médica.....	» RODOLFO ENRIQUEZ
Histología.....	» JULIO G. FERNÁNDEZ
Fisiología.....	» FRANK L. SOLER
Bacteriología.....	» ALOIS BÄCHMANN
Higiene Médica.....	» FELIPE JUSTO
Seniología y ejercicios clínicos.....	» MANUEL V. CARBONELL
Anatomía Topográfica.....	» CARLOS BONORINO UDAONDO
Anatomía Patológica.....	» ROBERTO SOLÉ
Materia Médica y Terapéutica.....	» CARLOS R. CIRIO
Medicina Operatoria.....	» JOAQUÍN LLAMBÍAS
Patología externa.....	» JOSÉ MORENO
Patología Dermato-sifilográfica.....	» PEDRO CHUTRO
Patología Genito-urinaria.....	» CARLOS ROBERTSON
Clínica Epidemiológica.....	» NICOLÁS V. GRECO
Patología interna.....	» PEDRO L. BALIÑA
Clínica Oftalmológica.....	» BERNARDINO MARAINI
Clínica Oto-rino-laringológica.....	» JOAQUÍN NIN POSADAS
Clínica Quirúrgica.....	» FERNANDO R. TORRES
	» PEDRO LABAQUI
	» JORGE L. FACIO
	» ENRIQUE B. DEMARÍA
	» ADOLFO NOCETI
	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE (en ejerc.)
	» ARMANDO R. MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» JOSÉ A. JORGE (hijo)
	» MIGUEL SUSSINI
	» ROBERTO SOLÉ
	» LUIS AGOTE
	» JUAN JOSÉ VITÓN
	» PABLO MORSALINE
	» RAFAEL BULLRICH
	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
	» MARIANO R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCÍA
	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
	» JENARO SIXTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» JAIME SALVADOR
	» TORIBIO PICCARDO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» ARTURO ENRIQUEZ (en ejerc.)
	» A. PERALTA RAMOS (en ejerc.)
	» FAUSTINO J. TRONGÉ
	» JUAN B. GONZÁLEZ
	» JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
Medicina legal.....	» V. JOAQUÍN GRECCO



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general: Anatomía, Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada.....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas...	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física Farmacéutica.....	DR JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica Farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química Analítica y Toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas.....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica Farmacéutica	SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología razonadas...	» PASCUAL CORTI
Física Farmacéutica.....	» OSCAR MIALOCK (en ejerc.)
Química orgánica.	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química analítica.....	SR. PEDRO J. MESIGOS
Química inorgánica	DR. JUAN A. SÁNCHEZ
	» ANGEL SABATINI



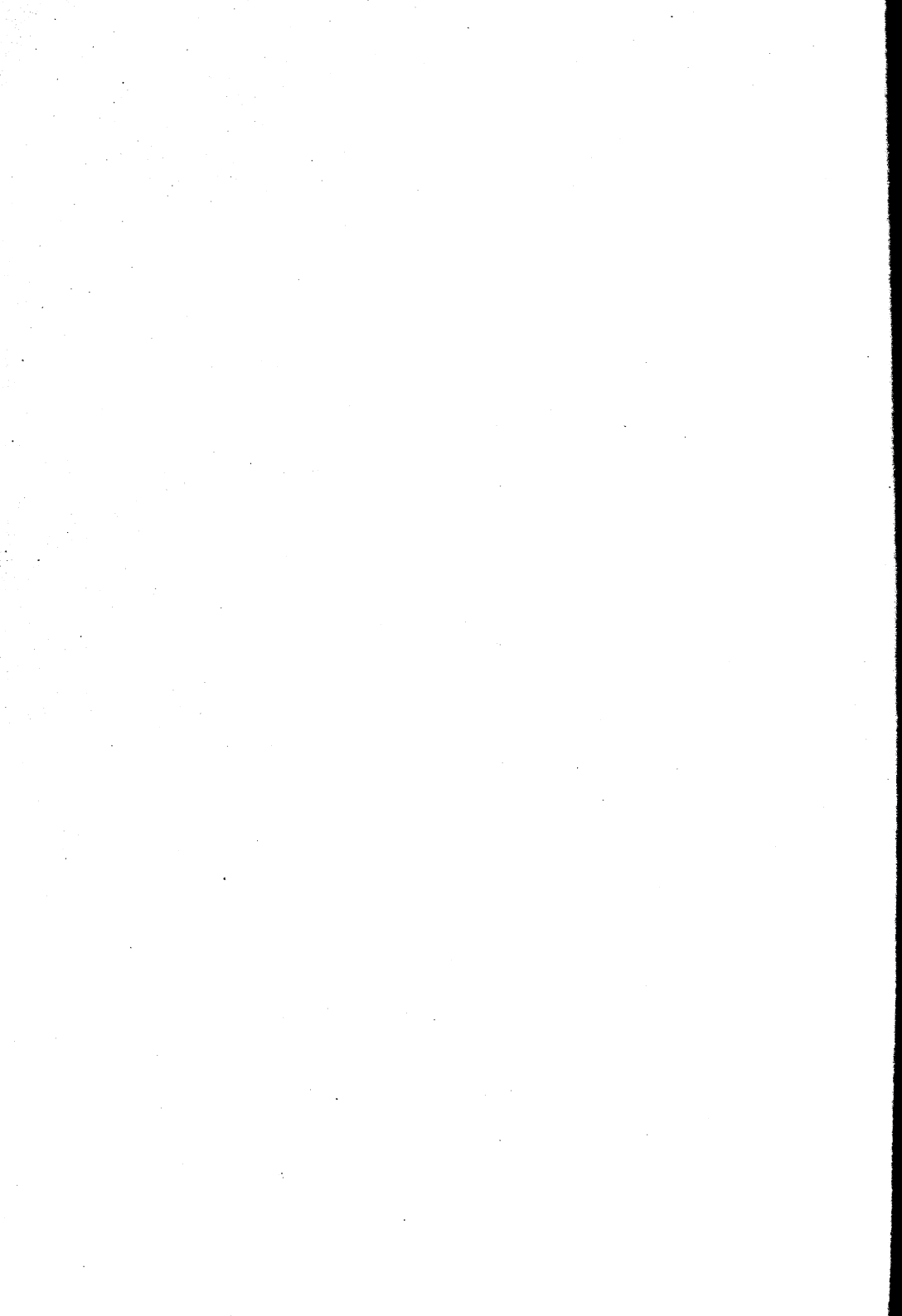
ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica ..	{ Dr. MIGUEL Z. O'FARRELL » FANOR VELARDE
Parto distócico y Clínica Obstétrica	

Asignaturas	Catedráticos Sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	{ Dr. UBALDO FERNÁNDEZ » J. C. LLAMES MASSINI
Parto distócico y Clínica Obstétrica	

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
1er. año	Dr. RODOLFO ERÁUZQUIN
2.º año	» LEÓN PEREYRA
3.er año	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	Sr. ANTONIO J. GUARDO (int.)
Prof. suplente	Dr. ALEJANDRO CABANNE



CAPÍTULO I

LA HISTERIA — SU ORIGEN

« De même qu'on se place sur les tours et autres lieux élevés pour découvrir plus loin, il convient de nous hausser sur les épaules des anciens: alors, ainsi grandis, il nous sera possible d'apercevoir de là comme d'un beffroi, les parties les plus reculées et les plus intimes. »

F. BACON.

*(De la dignité et de l'accroissement
des Sciences.)*

La Histeria, conocida desde la más remota antigüedad, esbozada ya en las obras más primitivas de las remotas civilizaciones asiáticas, ha atravesado todos los tiempos, todas las épocas, todas las edades; es, pues, tan antigua como la humanidad misma.

En el Egipto, los conocimientos sobre esta neurosis son ya profundos; conocían la sugestión y le

atribuían una poderosa influencia contra ciertas manifestaciones nerviosas.

En el Zend Avesta, el libro sagrado de los persas, Zoroastro habla también de esta neurosis, y le atribuye una influencia oculta del genio del mal, pero precisándole ya un origen orgánico.

En el pueblo de Israel encontramos palpables ejemplos de esta enfermedad.

La melancolía del Rey Saúl, que se calma con las melodías del Arpa de David.

Salomón, que expulsaba los malos espíritus de sus súbditos por medio de conjuros.

En los escritos de Herodoto, hechos 440 años antes de Jesucristo, se ve que toda receta era acompañada de una fórmula mágica para expulsar los espíritus malos, etc.

Si bien en la Historia de las civilizaciones asiáticas encontramos ya rudimentos de su estudio, en la civilización griega desde sus más lejanos orígenes, notamos también casos de Histeria curados por sugestión.

Ovidio cita en sus metamorfosis el caso de Melampo, hijo de Amythaon, Rey de Pylos, quien realizó en el año 1400 antes de Jesucristo, es decir, 150 años antes de Esculapio, una cura maravillosa que cuentan también Virgilio y Apollodoro.

Las tres hijas de Proteo, rey de Argos, presentaron fenómenos de Icantropía. Creyéndose trans-

formadas en vacas, pasaban sus días perdidas por los prados como tales animales. Melampo las cura haciéndoles beber una infusión de Eléboro; y luego como recompensa, Proteo le concede la mano de una de ellas y la mitad de su reinado.

Poco tiempo después, todas las doncellas de Argos eran atacadas de esta demencia, y convertidas en vacas vagaban por los prados, y para curarlas Melampo las hace perseguir, durante varias leguas, por robustos mozos armados de garrotes.

Otro ejemplo de esta neurosis se encuentra en el pueblo griego, entre ciertas mujeres que se decían inspiradas por Apolo; como las Sibilas, éstas sufrían de trastornos extáticos, de espasmos, sonambulismo, y hacían sus oráculos en plena crisis de Histerismo.

Hacia el año 1250 antes de J. C., aparece Esculapio, hijo de Apolo, que llegó a practicar, según Galeno, la cura moral por persuasión, especializándose en hacer de los enfermos nerviosos sujetos más sugestionables, ya sea por la privación de alimentos durante dos o tres días, ya sea por la privación del sueño, pues habían llegado a conocer que la vigilia y la hipnosis prolongada aumentaba el poder sugestivo del enfermo.

Más tarde, en el Cnido, ciudad de la Grecia Antigua, los Asclepiades forman una escuela que llega a hacerse célebre por sus maravillosas curaciones.

Estos se decían descendientes de Esculapio, y

hacían sus curas aprovechando la sugestión que provocaban por sus artificiosas prácticas.

Sus templos los habían edificado entre magníficos jardines, y sus sacerdotes veían a los enfermos en medio de la noche, haciéndolos preparar algunas horas antes por un largo período de oración. Estos Asclepiades hacían sus curas en una forma tan aparatosa, que exaltaban la imaginación de los enfermos hasta el punto de que los creían verdaderos Dioses. (Bidart. Medicina de los griegos, anterior a Esculapio.)

Luego nace la escuela de Alejandría. Apolonio de Tyana, discípulo de Eusebio, continúa con la medicina misteriosa de los Asclepiades.

Recién con Apolonio Cornelio Celso, entramos en la era cristiana, siendo éste quien describe en sus tratados "Re Médica", en el año quinto de nuestra era, algunas observaciones sobre esta neurosis.

A partir de este momento, la teoría de la Histeria empieza una evolución enorme. Desde la teoría del Stenismo y del Astenismo, Galeno substituye la del Humorismo, quien funda su tratado de Patología y Fisiología nerviosa sobre los cuatro humores: Sangre, Bilis, Pituita y Atrabilis, y estas teorías prevalecen hasta el final de la Edad Media.

En la Edad Media, el estudio de la Histeria cae en la obscuridad, envuelto en esa densa niebla que ensombrece, durante todo ese largo período de la humanidad, las diversas manifestaciones del espíritu

humano, cuyos primeros resplandores aparecen recién a mediados de los siglos XII y XIII, con la Escuela Arabe, con Mesme, Jesú, Rhazes, Abulcasis, Abenzoar; pero el más digno de recordar, fué Pratis, siendo el primero que reconoció en la Histeria una afección cerebral, opinión que, siendo demasiado adelantada para su época, quedó sin eco hasta fines del siglo XVII.

Recién en el siglo XV, el estudio de esta neurosis toma ya una franca vía de progreso científico.

En el año 1453, M. Edeline, doctor en Sorbona, combate las herejías, y quiere demostrar que los Histéricos no son poseídos sino enfermos; pero es violentamente combatido. El estudio de la Histeria sufre todavía grandes alternativas, y más adelante Ambrosio Paré, describe muy bien la crisis Histórica, creyendo, sin embargo, en su origen demoníaco.

En vano Montaigne y Pierre Charron se levantan contra las ideas admitidas sobre la Histeria.

Sólo es en el siglo XVII cuando ciertos acontecimientos llegan a revolucionar el concepto precario y confuso de la ciencia, abriendo amplios caminos, dirigiendo las observaciones por sendas más seguras; es, pues, recién en esta época, que la Histeria toma una forma menos misteriosa.

En el año 1620, aparece el "Nomum Organum" de Bacon, que derrumbando la escolástica antigua crea

el método experimental, y recién en esa época se llega a tener una concepción más o menos exacta de esta enfermedad.

Mead la considera como una enfermedad general; Perry invoca los humores; Brisseau confunde Histeria con Hipocondría, y así llegamos al período contemporáneo encontrando un cúmulo tal de documentos a este respecto, que nos demuestra cómo ha llegado su estudio a despertar la curiosidad científica y cómo apasiona las inteligencias médicas.

El primer concurso académico es en la Sociedad de Medicina de Burdeos. Estudio comparativo de las diversas opiniones emitidas sobre la naturaleza, el asiento, la sintomatología, pronóstico y terapéutica de la Histeria y de la Hipocondría, haciendo resaltar la identidad o las diferencias entre estas dos enfermedades.

Desde entonces, los progresos son rápidos, los adelantos fáciles.

Lasegue contribuye eficazmente en su estudio. Charcot inaugura en la Salpêtrière la cátedra sobre enfermedades nerviosas, y bajo su dirección el estudio de esta neurosis avanza enormemente; luego ayudada por la colaboración de Ourneville Richer, Gilles de la Tourelle; luego, más modernos aún, Brissaud, Dejerine, Babinski, Raymond, Gilbert Ballet, Pitres, Jofray, Grasset, Marie, Bernheim, Nothnagel, Levandowsky, etc., que tratan de comprender la difícil teoría de tan complicada neurosis,

consagrándose a su estudio y tratando de despejar la solución de tan complicado problema.

Partiendo de la antigüedad, hemos llegado a los tiempos modernos; hemos analizado los diferentes conceptos que de esta enfermedad se tenía, apreciando el impulso con que ha contribuido cada observador en el adelanto de este estado neuropático.

Nada se inventa y perfecciona al mismo tiempo —decía Cicerón—. El Pitiatismo moderno es el resultado de una lenta evolución.

A ella han contribuido todos los observadores, todos los estudiosos de todos los siglos; es, pues, una laboriosa cruzada de las inteligencias hacia la verdad.

El dote de cada siglo—dice Roger—, es el resultado de su trabajo.

Si en los primeros tiempos dominaban el error y el misterio, éstos han originado luego la luz de la verdad.

El espectáculo de los errores humanos debe darnos confianza en el porvenir; demuestran la potencia del espíritu, prueban la evolución constante de la ciencia, marcando cada vez más claramente la vía del progreso siempre más vigorosa y verdadera.

De modo que, al hacer la historia del error, ¿no es acaso hacer la historia del progreso?

De esta manera evolucionan las ciencias y especialmente la medicina; de las ideas que nacen unas

permanecen oscuras, otras florecen, llegando algunas a desafiar los siglos, hasta que, por fin, decaen, pero dejando siempre su fondo de enseñanza, y es, gracias a ellas, que de las ruinas científicas del pasado se ha llegado a constituir el eclecticismo de la escuela moderna.

CAPÍTULO II

HISTERIA — SU CONCEPCIÓN DESDE HIPÓCRATES A NUESTROS DÍAS

Hipócrates fué el primer observador de esta enfermedad, que llegó a recopilar ciertos datos clínicos de ella.

En sus obras no hay una parte especial dedicada a la Histeria; pero precisa, sin embargo, la manera de reconocer una convulsión de origen orgánico, hablando también de la influencia que ejercen sobre esta enfermedad la retención de los menstruos y del rol primordial de los desplazamientos de la matriz.

De esta concepción de Hipócrates se hace un dogma, que prevalece a los ataques que le hace Galeno quinientos años más tarde.

Celso, que, partidario de la teoría Hipocrática nos lega también algunas observaciones sobre esta

enfermedad, reconoce ciertas diferencias entre Epilepsia e Histeria.

Areteo de Capadocia, como los anteriores, partidario de la concepción Hopocrática, nos deja en sus escritos algunas consideraciones sobre Histeria, pero éstas ya tienen un criterio mucho más profundo, demostrando un gran espíritu de observación clínica.

Con Galeno se empieza a notar ya algún cambio en la concepción puramente uterina de la Histeria, pues para éste no consiste únicamente la causa en los desplazamientos mecánicos del útero, sino en la reabsorción de ciertos humores debidos a la descomposición de la sangre, y trayendo como consecuencia una retención de los menstruos.

Como se puede comprender, de estas investigaciones se desprende, que sus observaciones y teorías son algo más científicas que la de sus predecesores; éste apoya sus concepciones en ciertos rudimentos de Fisiología, cimentando la idea de que la Histeria es una auto intoxicación.

Como se ve, hay ya un adelanto; pues entre las simplísimas teorías de Hipócrates y las rudimentarias e inciertas de Galeno, pero mucho mejor encaminadas; además este último observó el carácter de variabilidad que tienen estos enfermos, y que no se habían notado antes de él, traduciéndolas en este aforismo: *Passio Histerica unum nomen est varia tamen et innumera accidentia sub se comprehendit.*

Durante toda la Edad Media es el origen que se le atribuye. Los médicos de la escuela árabe, que son los que más contribuyen a su estudio, como también Pablo de Engina, lo confirman en sus escritos.

Fernel es el que primero se separa de la concepción anterior, e invoca como causa, la de un vapor maligno, pero cuyo valor ni origen precisa.

Ambrosio Paré opina como este último, pero sus observaciones son más exactas, sus interpretaciones más precisas, de modo que sus estudios más completos nos hacen adelantar en el oscurantismo de sus contemporáneos.

Estudia la Histeria, describe las crisis, determina la sensación de Bola que experimentan estos enfermos antes de su ataque; también estudia el estado mental del sujeto en inminencia de crisis, etc., de manera que éste es el primer tratado médico que se hace sobre tan interesante enfermedad.

Juan de Weiss tiene violentas discusiones en su época, pues era de opinión que las brujas y hechiceras no eran sino enfermas; verdaderas histéricas, que las describía como pobres mujeres ignorantes y estúpidas a quienes gobernaba su fantasía abusada en falsas concepciones.

Y es en este concepto que está fundada la siguiente reflexión de Montaigne, al ocuparse de la responsabilidad de estos sujetos:

*Il y a quelques années, un prince souverain, pour rebat-
tre mon incrédulité, me fit cette grâce de me faire voir dix ou*

douze personnes de ce genre. En conscience je leur eusses ordonné plutôt de l'ellébore que de la cigüe, car elles me parurent folles plutôt que coupables.

Un nuevo adelanto en el estudio de esta neurosis es la de la escuela humorista, anterior a la fisiología; ella deduce en una forma empírica, pero que implica siempre un progreso, pues trata de explicar las manifestaciones diversas de esta enfermedad, y llega por fin la fisiología a constituir el verdadero adelanto cuando se produce el descubrimiento de la circulación de la sangre.

Juan de Weiss explica la Histeria, en una forma interesante y curiosa.

Para él, la causa está en ciertos vicios y alteraciones de la secreción, la naturaleza, el movimiento irregular y la distribución de los humores animales.

Vicios que dependen de la debilidad del sistema de los sólidos y en particular del sistema nervioso o de la mala calidad y empobrecimiento de la sangre.

De modo que, sin explicarla en realidad, se nota ya cierto esbozo de comprensión; la debilidad del

sistema nervioso de Weiss es lo que, otros muchos años después, llamaron aparato histerógeno; comprendían ambos, seguramente, pero no podían explicarlo claramente.

Otra explicación curiosa sobre esta enfermedad, atribuyéndole una causa tóxica y contemporánea de la anterior, es la siguiente de Chatelain, quien dice:

«Los movimientos normales son debidos a la distribución regular de la sangre y de los espíritus animales en la fibra motriz.»

Ahora bien; los desórdenes que se manifiestan provendrán de una distribución irregular de estos principios por efecto de una especie de fermentación, la cual es ocasionada por la introducción de alguna materia heterogénea en la sangre, y estos principios así alterados obran en seguida irritando los nervios, siendo esta irritación la causa de su conmoción la que se continúa al nervio más próximo, produciendo la excitación de una región del organismo y hasta la de todo el individuo, originando las verdaderas crisis convulsivas.

Indudablemente Chatelain explica, en una forma un poco vaga, la evolución de la intoxicación; pero es un gran adelanto comparada con las teorías que daban anteriormente como causa de esta neurosis; es indudablemente muy difícil explicar las causas complejas de ciertos fenómenos complicados,

tales como la Histeria, en tiempos en que carecían en absoluto de medios de observación y de análisis.

Presavin protestaba enérgicamente contra la denominación de vapores o espíritus animales que les daban a este estado particular del influjo nervioso.

Para este autor, la Histeria no tiene explicación sintética posible. Es el resultado de una idiosincrasia particular, de un temperamento nervioso que la hace sumamente variable y al mismo tiempo tan sensible, que la más pequeña causa es capaz de producir los movimientos más violentos e irregulares.

Con Presavin entramos en otra nueva orientación, en otra concepción diferente sobre Histeria; vemos, pues, que después de la teoría uterina de Hipócrates, pasamos a las humorales; ahora estamos francamente en las nerviosas; es recién, desde este momento en que de esa confusa y vaga concepción que se tenía, se llega a simplificarla poco a poco, para reducirla a una entidad patológica arrancándola del oscurantismo en que estaba envuelta.

Sin embargo, si hemos podido apreciar ya el lento paso hecho hacia el progreso, es a partir recién de esta época en que una pléyade de sabios se dedican a estudiar esta enfermedad, y preparan el terreno para más adelante, surgen nuevos horizontes

que llevan a los observadores a una verdadera orientación con conocimiento de causa.

Sydenham se ocupa mucho de su estudio, dejando, como fruto de sus trabajos, observaciones verdaderamente sabias.

Este resume la causa de la Histeria en el empobrecimiento de los líquidos orgánicos y la debilidad de los nervios, los que traen, como consecuencia, el desorden del Espíritu.

Sydenham ha analizado también el estado mental de los Histéricos, haciendo un juicio tan exacto de estos enfermos, que una observación suya ha llegado a hacerse célebre y es aún muy conocida: «Esta enfermedad es un Proteo, que toma una infinitud de formas, es un Camaleón, que varía sin fin sus colores».

Otro gran estudioso, que contribuye a su estudio, dándole un vigoroso impulso, es Raulin, quien nos enseña la contagiosidad de este estado nervioso.

«Esta enfermedad en la cual los ataques in-
»ventan, exageran y repiten todas las diferentes
»extravagancias de que es capaz una imaginación
»desordenada, ha llegado a veces a convertirse en
»epidemia contagiosa.»

Loob explica la Histeria en una forma sumamente interesante; para él los nervios no son más que conductores de un influjo nervioso, estando su conducción en relación directa con el calibre de los ner-

vios; para Loob, la Histeria no es más que una consecuencia de disminución de su calibre, pues estrechándose éstos obstaculizan la corriente de este influjo, determinando debilidades, desfallecimientos y accidentes histéricos.

Después de esta exposición de algunas de las diversas teorías que en aquellas épocas se hacían sobre esta enfermedad, se puede comprender fácilmente el caos en que estaban las ciencias; sin embargo, y de este modo, de teoría en teoría se adelanta siempre; con algunos observadores nos llegan más conocimientos y nos acercamos más que con otros, pero siempre con la misma incertidumbre y con la confusa concepción que ha durado hasta los tiempos modernos.

Recién esa Histeria, nebulosa, mal estudiada, mal interpretada, desconocida, sinónima de error, se empieza a aclarar, se conoce y se estudia profundamente después de las minuciosas observaciones de un gran genio, que si bien su obra no ha quedado terminada, ha sido una obra maestra de sagacidad y espíritu clínico.

Charcot fué quien, en el año 1872, fundaba sólidamente las bases de su estudio.

En las ciencias como en cualquier manifestación del espíritu humano, no sobreviene ningún cambio sin antes pasar por un largo período de gestación, de una larga preparación anterior.

La obra de Charcot es también la resultante de

un largo período de preparación; éste no inventa su concepción ni es una fantasía de su imaginación como la de otros. Charcot aprovecha de las empíricas pero ya bastante adelantadas concepciones de sus contemporáneos, como Georget, quien consideraba la Histeria como una enfermedad apirética convulsiva, ordinariamente de larga duración, y cuya causa estaba en el cerebro, consistiendo en una especial irritación de este órgano.

Brodie también contribuye a facilitarle el camino; pues éste, aun sin aventurarse a definirla, pero con un criterio que contrasta con las tendencias de su época, hace una descripción exacta, neta y precisa sin emplear el estilo pomposo de sus predecesores, que con la amplitud de sus palabras disfrazaban la pobreza de sus ideas. Brodie concluye, que la Histeria es una enfermedad nerviosa que depende directamente de este sistema, y le atribuye una gran importancia a la sugestión en la producción de estos accidentes.

« En las parálisis histéricas—decía Brodie—, no » son los músculos los que no obedecen a la voluntad, » sino que es la voluntad en sí misma la que no entra » en juego.»

Como se desprende de estas conclusiones de Brodie, anteriores ya a Charcot, podremos darnos cuenta que no debía tardar en definirse perfectamente este estado, dadas las concepciones que se tenían de esta enfermedad.

Pero no deja de ser curiosa, sin embargo; y a pesar de poseer ya teorías verdaderamente científicas y bien encaminadas, existen también notas discordantes, ya sea por su concepción extravagante, ya sea por la ofuscación del que la concibió; obsesionado tal vez por la parasitomanía de su época, hubo quien quiso encontrar en la Histeria la causa de un parásito Histerógeno, un Helminto, el Ascariles Impudicus, llegando hasta encontrar una terapéutica específica en el alcanfor.

Por fin, aparece Charcot, y de ese tan sagaz espíritu de observación y de estudio, fluyen las célebres lecciones que sobre esta materia nos ha dejado.

Observa las grandes crisis siempre repitiéndose en enfermos semejantes, siempre idénticas, y aunque en sujetos muy diferentes por su edad, sexo, etc., se desenvuelven según un protocolo semejante. Es Charcot el que, del confuso ataque convulsivo desmembra el ataque de Histeria con sus características especiales, separando la gran Histeria de la Histero-Epilepsia. Divide los ataques de convulsión, según su intensidad, en Histeria mayor e Histeria menor o pequeña Histeria.

Le sorprende los fenómenos de anestias tan comunes en estos enfermos, los busca entre todos haciendo de este carácter un signo constante, encontrándola siempre y con las mismas particularidades.

Descubre la estrechez del campo visual, y todos los fenómenos visuales tan característicos de esta enfermedad, haciéndolos tan clásicos, tan constantes, que los considera como verdaderos estigmas de esta enfermedad.

Por fin, Charcot llega a concebir la Histeria como una neurosis particular, que se traduce por ataques de intensidad variable y por la existencia constante de signos permanentes que los son propios.

La obra de Charcot es de una prolijidad notable, llegando a estudiar las manifestaciones de esta neurosis con una minuciosidad admirable. La descripción del ataque, tal como lo estudió Charcot, es, hoy día y a pesar de lo mucho que se ha adelantado en este sentido, una verdadera obra maestra.

Charcot que es, indudablemente, el que más ha contribuido a que se conozcan las manifestaciones de esta neurosis, divide los ataques en la siguiente forma:

Gran ataque Histeria mayor	Período prodromico	Perturbaciones	Psíquicas. Orgánicas. Sensitivas. Motrices.
	Período del ataque		Epileptodio Aura con { Pérdida del conocimiento. Paro de la respiración. Tetanicización muscular. Faz tónica. » clónica. » de resolución. De las contorsiones: clownismo. Actitudes pasionales. Delirio.

Las diferentes manifestaciones que encuentra en sus enfermos en una forma constante y cree que son tan característicos, los clasifica como estigmas.

Estig. Sensitivos	Anestesias	Completa: total	Profunda y superficial.
		Incompleta	Hemianes-tesia { Completa. Incompleta { Analgesia con o sin termoanestesia es lo más común, con palidez y enfriamiento del lado anestésico.
			Anestesias parciales { En islotes o formas regulares, semicírculo, en dedo de guante, no concordando con el territorio de inervación de ningún nervio; otras son profundas, constituyendo las paraplegias y hemiplegias, pero en este caso, las anestias son del mismo lado que los miembros paralizados; miembros movibles y reflejos, tendinosos y entonces normales.
	Hiperestesias	Álgias	Dolor muy vivo en la región profunda, piel y músculos intactos, región dolorosa entre las espinas ilíacas anteriores y superiores, con los verticales que delimitan el epigastrio.
Estig. Sensoriales	Gusto: Suprimido en el tercio inferior de la lengua.		
	Olfato: Anosmia.		
	Oído: Sordera especializada.		
	Vista { Abolición de reflejos corneano, estrechez del campo visual discomatopsia.		

Estig. Motores: Amiotenia.

Charcot, a pesar de haber estudiado y después de haber llegado a comprender las manifestaciones tan variadas de esta enfermedad, no completa del todo su estudio; llegando a incurrir en algunos errores como el de dar demasiada importancia a ciertas manifestaciones hasta considerarlas como estigmas patagnómicos, y que más adelante otros observadores la consideraron como accidentes más o menos constantes, pero sin atribuirle la importancia que le daba Charcot.

Sin embargo, su obra no se interrumpe con él; muchos son los que continúan su trabajo, aportando observaciones que contribuyen a esclarecer algún punto entrevisto ya por el gran maestro; otros, propagando sus doctrinas e intensificando su estudio, todos ellos continuadores de su obra, son los que constituyen las teorías de la escuela de la Salpetriere, buscando en el Saturnismo, Hidrargirismo, Tabaquismo, las diversas etiologías de esta neurosis.

En sus interpretaciones clínicas hay también numerosos estudios, que amplifican y aclaran cada una de las numerosas manifestaciones; pero entre toda la pléyade de observadores que entre los años de 1873 a 1891 han contribuido a su estudio, son dos los que merecen sean citados especialmente, dado la pequeña proporción de este reducido tratado: Gilles de la Tourette y Pitres.

Gilles de la Tourette, no hace más que recopilar todo lo que Charcot ha dicho sobre este tema; pero, indudablemente, con algunas modificaciones personales que marcan una transición con las ideas de la Salpêtrière, pues aunque todavía admite los estigmas Históricos, lo hace con ciertas restricciones.

Para Gilles de la Tourette, los accidentes Históricos no son más que la consecuencia de las perturbaciones funcionales del sistema nervioso.

Además, estos accidentes existen raramente aislados, pues por lo general componen cierto grupo de signos (Estigmas), que pueden ser modificados, provocados bruscamente y aun suprimidos por causas físicas o influencias psíquicas y que no tienen ninguna acción sobre accidentes similares que dependan de lesiones orgánicas, careciendo de evolución regular, y no teniendo ni sobre la salud del paciente, ni sobre el estado intelectual y mental una repercusión enojosa.

Pitres, en sus trabajos, llega a las siguientes conclusiones; cree que las manifestaciones Históricas son producidas por una inercia funcional de los centros corticales independientes de toda alteración, material o dinámica de los nervios periféricos y de los centros sensitivos corticales.

Luego cuando las teorías más modernas de Moebius y Strümpell consideran a la Histeria como una psicosis por representación; caracterizada por este hecho, en que la idea apenas concebida se trans-

forma en acto, en movimiento, etc., sin que para ella intervenga la consciente voluntad del sujeto.

Vemos, pues, que estos autores han utilizado enormemente el estudio de la Histeria tratando de encontrar la causa de esta lesión en el terreno de la psicología, y a estas teorías las más modernas y científicas, las clasificaremos como concepciones psicológicas de la Histeria, siendo esta la última etapa de las diversas maneras de concebir y explicar esta neurosis.

Para muchos autores modernos actuales, la Histeria es el resultado de una fatiga psíquica, en que la voluntad es indolente y la sensibilidad embotada.

Openheim dice, también: «El Histérico ha perdido la voluntad de poner en movimiento grupos de músculos determinados»; y conceptúa el hecho fundamental de la Histeria como una debilidad irritable, una excitabilidad anormal unidas a un agotamiento psíquico.

Laurent piensa que la Histeria significa estrechez mental, en un individuo tal vez inteligente, pero en quien todas sus facultades mentales están marcadas por una característica especial.

Sollier cree, que la Histeria no es más que una manera de funcionar del cerebro, pues una enfermedad Histérica no existe, sino que Histérico sólo puede ser el funcionalismo cerebral desviado en sus manifestaciones normales.

Después de todos estos enunciados, comprenderemos mejor a Janet, quien dice en su teoría sobre la sugestibilidad, que ésta no es más que la resultante de otras perturbaciones, y el Histérico no es tal porque sea un sujeto muy sugestionable, sino porque carece de voluntad; es un abúlico, y es, sin duda alguna, éste el signo más importante y el de más constancia en estos enfermos, siendo la abulia la causa de los trastornos intelectuales y los de la actividad.

La inteligencia es incapaz de adquirir nuevo desarrollo; en cambio el automatismo intelectual está muy exagerado; los enfermos tienen una tendencia marcadísima a soñar, y, por otra parte, la emotividad está muy exagerada, llegando en ciertos casos estas emociones a obrar sobre el espíritu del Histérico, produciendo manifestaciones mucho mayores que la que debiera producir esa misma causa al estado normal.

Estas dos causas, el automatismo exagerado y la emotividad que disminuyen la síntesis personal, producen, como consecuencia, ciertos accidentes mentales como las ideas fijas, los tics, etc.

Block, toma los elementos que sirven de base a la teoría de Janet, y construye una nueva hipótesis, en la que trata de explicar los fenómenos Histéricos por una disminución del campo de la conciencia que, como todas las otras teorías, no es más que una nueva tentativa de interpretación.

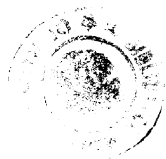
Block atribuye la sugestibilidad tan característica en los Histéricos, como una tendencia a admitir las ideas sin previo control primero, y luego al desarrollo e importancia excesiva que toman, debido a una falta o pérdida de voluntad que impide la intervención del control de la conciencia, de donde entonces la explicación del comienzo por ideas que se hacen obsesiones, después alucinaciones y por fin actos.

De modo que, en un cerebro en que la última idea es la que domina, se produce como consecuencia lógica, esa falta de atención, esa movilidad de espíritu como también ese constante deseo de contradicción, que son la panacea moral de todo hístico.

Grasset concibe también una teoría que trata de explicar la Histeria, tratando de reconstituir el mecanismo psicológico tomando como base clínica las observaciones de las manifestaciones histéricas de Charcot y explicándolas según más o menos como las concebía Janet.

Es Grasset quien crea la teoría de los dos psiquismos, para explicar los fenómenos de esta neurosis.

Según este autor, al lado de ciertas funciones psíquicas que son conscientes y que constituyen el psiquismo superior, existen otras funciones más inferiores en la escala intelectual y cuyo automatismo funcional es el resultado de actos, que, aunque in-



conscientes, son perfectamente coordinados, espontáneos y hasta inteligentes, diferenciando asimismo del acto reflejo ordinario. Estas son, pues, las funciones que Grasset atribuye al psiquismo inferior.

Ahora bien, estos dos psiquismos tienen su asiento en la corteza cerebral y que Grasset representa como un polígono cuyos lados estarían formados por los diferentes centros sensoriales de recepción, auditivos, visuales, centro de la sensibilidad general, y por los centros motores de transmisión, centro kinético, de la palabra articulada, centro de la escritura, estando estos centros unidos directamente entre ellos y comunicándose también por el eje del polígono a cuyo centro envían cada uno de estos centros sus vías de comunicación; formando este eje central lo que Grasset denomina el psiquismo superior, constituyendo, por consecuencia, la parte consciente: la personalidad del sujeto, el yo, conciencia personal, libre y responsable, mientras que los centros periféricos del polígono constituirían el psiquismo inferior.

Ahora bien; cuando una percepción pasa del centro sensitivo de donde ha sido percibida, al centro motor, desde donde se convierte en acción sin pasar al centro poligonal o psiquismo superior de Grasset, tendremos el mecanismo de un acto subconsciente.

Pero cuando el centro del polígono no funciona porque su integridad funcional está alterada, enton-

ces estaremos en presencia de una enfermedad mental, y para Grasset la Histeria sería debida a la inhibición de este centro, pero no debido a destrucción o alteración de cualquier naturaleza, sino simplemente como consecuencia de un mal funcionamiento, en que las vías de comunicación que debieran unir los centros corticales con el centro del polígono están alteradas perturbando su funcionamiento, llegando la Histeria a hacerse mental, como se observan en muchos casos en que está asociada esta enfermedad con otros estados demenciales; y entonces el centro participa también de los desórdenes, pero debido, como ya lo dije más arriba, a la demencia que la ocasiona.

La Histeria, dice Grasset, es una enfermedad psíquica, entendiendo por psíquico todo acto cortical en que interviene el pensamiento y la intelectualidad.

Cuando los centros del psiquismo inferior, que son los que forman la periferia del polígono, son los que únicamente entran en juego, tendremos la Histeria; pero cuando el centro del polígono, que es el psiquismo superior de Grasset, es el que está complicado, entonces el Histérico es también un alienado.

Grasset quiere hacer de su hipótesis una verdadera teoría, llegando a suscitar críticas de parte de muchos observadores que no dejan de combatirla

con la más fina ironía, como lo hacían Binet Collin, Duprat, etc.

Como vemos, muchos son los que quieren definir la Histeria, teniendo cada uno teorías más o menos interesantes e ingeniosas. Sollier quiere también definirla construyendo, como los anteriores, hipótesis pero sin salir del terreno imaginativo.

Para Sollier, la Histeria es una perturbación psíquica, consistiendo en un endormecimiento, un sueño local o generalizado, pasajero o permanente, de los centros cerebrales, y traduciéndose, por consecuencia, según los centros atacados, por manifestaciones vaso-motrices, tróficas viscerales, sensitivas, sensoriales, motrices, y, en fin, psíquicas, y según sus variaciones en grado y en duración, por crisis transitorias, por estigmas permanentes o accidentales paroxísticos.

Los histéricos, según Sollier, no son sino vigi-lámbulos, en quienes el estado de sueño es más o menos profundo, más o menos extenso.

Babinsky, al hacer la crítica de la teoría de Sollier, dice: que a pesar de tener el título de definición, no posee ninguna de las cualidades que requiere ese título.

Sostener que la Histeria es una perturbación psíquica, es una hipótesis; y la explicación que hace del endormecimiento de ciertos centros es, más que hipótesis, una concepción imaginativa muy imprecisa e imposible de demostrar.

Binet Sanglet, en el deseo de explicar el por qué de los fenómenos Histéricos, edifica una teoría basada en la importancia de los neurones en la fisiología del cerebro.

Ya en el año 1875 René Lepine trataba de explicar por el amiloísmo de los neurones, las anestias, las parálisis histéricas, sonambulismo, y atribuía estos fenómenos a la ruptura de comunicaciones interneuróticas.

Matías Duval desarrolla también esta tesis más tarde.

Binet Sanglet dice: que en todas las inflamaciones hay regresión de células, siendo para este autor la causa de la Histeria, en que, debido a cualquier causa, obre directamente sobre la célula nerviosa.

I.—Por disminución de la masa sanguínea produciendo anemias.

II.—Por la acción de diversas toxinas, intoxicaciones.

III.—Por traumatismos, ebranlement nervioso, en que la célula nerviosa así lesionada regresa al estado de amiba.

Esta teoría adolece del defecto de las otras, pues son puramente hipotéticas y hechas con el único fin y objeto de explicar los fenómenos consecutivos de una causa que ignoran.

Con Bernheim nos orientamos mejor en el estudio de esta neurosis.

«La Histeria—dice este autor—, no es una enfermedad que constituya una entidad mórbida; esta palabra sólo debe ser reservada a las crisis, y estas crisis no presentan tampoco, como las describía Charcot, esos aspectos tan semejantes entre sí, constituyendo un cuadro absolutamente individual».

«Todo Histérico es un sujeto—dice Berheim—, en el cual una reacción psico dinámica cualesquiera, en lugar de quedar moderada pasa los límites de lo ordinario, degenera en crisis más o menos intensas, más o menos prolongadas.

Un sujeto Histérico es aquel que tiene un aparato histerógeno, es decir, aquel que tiene un órgano capaz de producir y realizar sus crisis».

Según Berheim, los estigmas no existen en forma constante en todos los enfermos, pues la mayor parte de las veces son producidas por sugestión del médico.

Ahora bien, Berheim nos habla de aparatos histerógenos, de órganos especiales que producen este estado especial, pero nos los describe de modo que es una simple substitución de palabras que no nos conducen a la verdadera síntesis de la enfermedad.

En fin, bajo los estudios de Babinski, la concepción de la Histeria se modifica, sus dominios se reducen, se estrechan y por fin, sus límites se precisan.

Babinski llega a demostrar, que sólo al examen objetivo se puede llegar a distinguir una manifestación de naturaleza Histérica; además, discute los

signos atribuidos a la Histeria fijando sus caracteres.

La Histeria es un estado psíquico que hace del sujeto capaz de autosugestionarse, llegando a constituir un estado que se manifiesta principalmente por perturbaciones primitivas, y accesoriamente por perturbaciones dependientes de las primeras y que llama secundarias. Así, por ejemplo, en el caso de una parálisis o una hemiplegia hística, que trae como consecuencia de la inmovilidad una atrofia muscular, tendríamos en las parálisis propiamente, el fenómeno que Babinski llama primitivo, y en la atrofia consecutiva el fenómeno secundario.

Estas manifestaciones primitivas se caracterizan por ser capaces de reproducirlas por sugestión, con una exactitud rigurosa, en ciertos sujetos, y de hacerlas desaparecer bajo la influencia exclusiva de la persuasión.

Lo que caracteriza las perturbaciones de origen secundario es que son estrictamente subordinadas a las perturbaciones primitivas.

Comprendida de este modo la Histeria, se ofrece la particularidad de resumir en este carácter lo que es verdaderamente esencial en los fenómenos Históricos.

Es posible reproducir por sugestión en ciertos sujetos (grandes Hipnóticos), todos los accidentes Históricos, parálisis, contracturas, anestias, ataques, etc., y esta reproducción es rigurosamente

exacta, e imposible distinguir las perturbaciones histéricas de aquellas que son causadas por la sugestión experimental, lo que conduce a admitir que es simplemente la resultante de una autosugestión.

Al contrario, dice Babinski, ninguna otra manifestación que no sea Histeria, puede reproducirse por sugestión, pues en caso contrario sólo se podría llegar a una reproducción imperfecta y fácil de distinguirse del original.

Es este, pues, un carácter que pertenece a la Histeria, y solamente a ella, y que es tan característico de esta enfermedad que basta por sí sólo para definirla.

Así como todos los accidentes histéricos son originados por sugestión, pueden también desaparecer por la fuerza o influencia de la persuasión; de modo que si resumimos, tendremos que, según esta definición, la Histeria sería un estado mental que está bajo la dependencia de fenómenos psíquicos como la sugestión, autosugestión y persuasión, caracteres que la diferencian bien de otros estados psíquicos como la neurastenia y psicastenia, en los que la persuasión podrá en algunos casos disminuir las manifestaciones mórbidas, pero nunca como en la Histeria, en que la persuasión hace desaparecer totalmente el fenómeno mórbido.

De modo que Babinski hace que la característica de una perturbación de origen Histérico sea la de

ser suprimida por persuasión y ser exactamente reproducida por sugestión, y para darle mayor importancia a este carácter, Babinski le ha dado el nombre significativo de Pitiatismo, cuya etimología quiere decir curable por persuasión.

Tal es, pues, la concepción moderna de la Histeria, mucho más restringida, mucho más precisa que todas las anteriormente citadas.

Indudablemente, esta manera de considerar la Histeria ha levantado críticas en las que se ha discutido el valor de la sugestión o de la persuasión como elementos de diagnóstico.

Sea cual fuere el alcance real de esta concepción, ofrece indudablemente la ventaja de haber definido la Histeria en una forma, la más concisa y la más clínica, además de orientar a los observadores facilitándoles sus métodos de investigación, y por esta causa muchos son los diagnósticos que se han debido reformar.

En fin, Babinski ha contribuido a desembarazar la Histeria de una cantidad de accidentes que no tienen nada que ver con ella. Sea cual fuere el porvenir de esta concepción, se le deben ya resultados prácticos de importancia, siendo indudable que esta teoría reduce enormemente la concepción antigua de la Histeria simplificándola y reduciéndola a una función mental única y exclusiva.

Ahora bien, una sola objeción se impone a esta teoría.

¿Cuáles son las perturbaciones que merecen ser clasificadas como Histéricas o Pitiáticas?

Solamente aquellas en que la sugestión pueda producir y la persuasión hace desaparecer, ciertas crisis convulsivas, ciertas parálisis, contracturas, anestias, hiperestesias, perturbaciones sensoriales, trastornos del lenguaje; en fin, ciertos trastornos respiratorios, digestivos, etc., pero tampoco todas las crisis convulsivas, las perturbaciones de origen sensitivo o motor, así como tampoco las perturbaciones en los reflejos y en las funciones secretoras, circulatorias o tróficas, y que antes se los consideraba como histéricos y en los cuales la sugestión y la persuasión no entran absolutamente en juego.

Sin embargo, sería deseable poder estudiar el pitiatismo bajo un punto de vista nuevo; pero aun es necesario considerarlo como lo clasificaban anteriormente, bajo el punto de vista de los accidentes y según ciertas manifestaciones más o menos propias y constantes.

CAPÍTULO III

CONSTITUCIÓN HISTERICA Y DEMAS CONDICIONES DE LA REACCIÓN HISTERICA

Para basar una entidad mórbida, necesitamos de un substratum anatómico que constituya la característica de la enfermedad, pero es justamente lo que nos falta en la Histeria, y aunque Charcot, a falta de esa base orgánica constante, producida por una lesión anatómica siempre semejante en todos los casos, basa su concepción sobre la Histeria en un substratum puramente fundado en la observación de varias manifestaciones Histéricas, que él creía eran siempre semejante, suponiendo era una entidad patológica que se presentaba siempre con los mismos caracteres y evolucionando de un modo semejante.

Pero en la Histeria tal como la consideramos actualmente, no podemos reconocerla como enfer-

medad definida, sino solamente como una reacción del sistema nervioso, producida por una causa cualquiera que obre atacando la integridad de la célula nerviosa, ya sea una causa física, como por ejemplo un traumatismo, ya sea una causa moral o tóxica.

Debove y Achard hablan del Histerismo tóxico, pues para ellos la Histeria no es otra cosa que un síntoma de auto-intoxicación.

Kraepelin nos habla de un Histerismo alcohólico.

Weygandt, dice, que en los tuberculosos existe una gran tendencia al Histerismo, presentando un estado psíquico que los hace muy predispuestos, y que se manifiesta generalmente por algunas características muy comunes en estos enfermos, como por ejemplo la irritabilidad aumentada; reacción a las influencias de su estómago, la alteración en el radio de la esfera afectiva, y la gran reaccibilidad y sugestibilidad tan aumentadas, efectos comunes de una sola causa: la intoxicación, cuyo principal factor lo tenemos en la fiebre.

Lo mismo encontramos en el estado mental de los tifoideos hipertérmicos, en los que hemos tenido ocasión de comprobar con el doctor Mariano R. Castex, en su servicio del Hospital Durand, en varios enfermos, durante el año pasado y el actual, alteraciones psíquicas muy marcadas producidas también por este factor auto intoxicación.

De aquí la influencia en la etiología de que todos

estos trastornos psíquicos sea posiblemente la causa en enfermedades infecciosas anteriores, que, lesionando la célula nerviosa, la han dejado inapta para el desenvolvimiento ulterior que requiere funciones mayores, y trayendo como consecuencia inevitable estas deficiencias funcionales de la esfera intelectual.

Esto es, para mi modo de ver, la verdadera etiología de la Histeria; y si tal vez la herencia fuese un factor importante creo sea más bien una debilidad, un “*minoris resistentie*” del influjo nervioso producido por un empobrecimiento congénito de la célula nerviosa en particular, y que luego que las exigencias de un organismo tan deficiente en sí mismo se manifiesten, según las causas que lo provoquen, trastornos mentales, uno de los cuales sea la Histeria, y lo que para mi modo de ver, es lo que me apoya en esta teoría es la asociación sumamente frecuente entre la Histeria y otras enfermedades mentales como Demencia Precoz y Esclerosis Múltiple, y la asociación tan frecuente y tan difícil a veces de dilucidar entre Histeria, Neurastenia y Psicastenia.

Además, es sumamente frecuente encontrar síntomas Históricos en enfermedades del sistema nervioso central, como, por ejemplo, en la Siringomielia y el Tabes.

En fin, se puede generalizar, como dice Levandowsky, el concepto de que todo enfermo crónico es

un Histérico, pues la cronicidad es un verdadero factor causal de Histerismo.

Levandowsky se ocupa muchísimo del estudio de la Histeria, y cree que este estado mental es indudablemente mucho más frecuente en la mujer que en el hombre, a tal punto, que la relación que obtiene en una estadística de 2500 casos que ha estudiado, corresponde un sólo hombre para cada tres mujeres. Ahora bien; Levandowsky cree, que solamente este porcentaje mucho mayor en el sexo femenino sea debido únicamente a la condición social de la mujer, siendo también el resultado de las observaciones de este autor, que los trastornos más graves de origen Histérico son más frecuentes en el hombre.

Levandowsky niega también la influencia de la herencia, completando sus resultados por la siguiente estadística tomada entre los antecedentes de una clásica familia de neuropáticos durante 6 generaciones:

Degenerados.	213	9.54	%
Maniáticos.	51	2.28	%
Psicopáticos.	45		
Imbéciles.	39	1.75	%
Idiotas	7	0.31	%
Epilépticos.	6	0.28	%
Mioclonus-Epilepsia	14	0.62	%
Parálisis agitante	7	0.31	%
Histeria	3	0.14	%

Como se ve, los fenómenos Históricos serían los menos comunes entre los trastornos mentales y nerviosos que encuentra Levandowsky en esta familia de neuropáticos.

Kraepelin cita también una interesante estadística sobre la edad en que es más común este estado, y en 430 observaciones saca el siguiente resultado:

5 años	3	%
10 años	7½	%
15 años	24	%
20 años	38	%
25 años	14.9	%
30 años	7.4	%
35 años	2.8	%
40 años	1.6	%
45 años	0.7	%

De modo que después de haber considerado el histerismo como lo acabamos de hacer, no podemos agruparlo entre las enfermedades con un substatum Anatomo-Patológico determinado, pues no se manifiesta sino en formas sumamente variadas que no forman un conjunto sintomático neto y definido siempre constante, pues aun en las manifestaciones Históricas más afines carecen, sin embargo, de puntos comunes de contacto, existiendo sólo una analogía que hace considerarlas como una manera de reaccionar del estado de equilibrio mental del sujeto, en los que algunos llegan a las verdaderas per-

turbaciones mentales, mientras que en otros queda solamente perturbado el equilibrio mental como sucede en los Histéricos.

Nisl ha encontrado una cantidad de signos comunes entre la demencia precoz y la Histeria, tales como el estupor y las grandes perturbaciones de la sensibilidad.

CAPÍTULO IV

DE SU DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Los principales elementos que forman la sintomatología de la Histeria, reúnen un extenso y confuso grupo de signos que hacen sumamente difícil y complicado el estudio del diagnóstico diferencial.

Habría que repetir los síntomas que caracterizan a todos los innumerables estados patológicos en que la Histeria puede simular o presentar analogías más o menos marcadas. Sería, pues, necesario repetir todos los signos que caracterizan a las otras enfermedades para poder dilucidarlas de la Histeria; pero, sin embargo, en el estado actual de la ciencia se ha llegado al convencimiento de que el diagnóstico de la Histeria, en sus partes esenciales y según opinan Babinski, Openheim y otros, pueden ser es-

tablecidas con alguna seguridad, salvo ciertas excepciones.

Ante todo, en el diagnóstico de la Histeria es necesario descartar todo aquello que pudiera hacer pensar en enfermedades orgánicas del sistema nervioso central.

La tarea es indudablemente larga y difícil; el examen debe ser minucioso, pero mucho más realizable hoy que antes, gracias a los trabajos que en materia de sistema nervioso han hecho adelantar mucho su conocimiento en estos últimos años.

De modo que nuestro diagnóstico debe ser hecho por exclusión, y se debe comenzar haciendo la famosa pregunta de Babinski:

¿Se trata o no de una enfermedad orgánica?

Para responder, tendríamos que recurrir a los descubrimientos que el mismo Babinski ha encontrado, sobre todo en una cantidad de signos que revelan si hay o no lesión de órganos nerviosos; signos que, además de Babinski, otros autores han contribuido a reforzar y aumentarlos con multitud de observaciones personales, que, unidas a los caracteres más o menos especiales del cuadro clínico, nos permitirán en muchos casos fundar el verdadero diagnóstico.

A pesar de que los descubrimientos de Babinski sobre el diagnóstico de las enfermedades nerviosas y especialmente en el de la Histeria han ganado notablemente en exactitud, sería asimismo temerario

asegurar, como lo hacen algunos, que estamos en condiciones de poder diferenciar esas enfermedades en todos los casos.

Aunque contamos con muchos signos valiosos para ayudarnos en estos diagnósticos, estos mismos signos pierden todo su valor cuando no se presentan completos, siendo en otros casos imposible constatarlos.

Existen muchos casos de tumores del cerebro que el clínico supondrá, tal vez, por los trastornos del paciente, casos de Histeria, sin sospechar quizás que algo más grave sea la causa de ese cuadro clínico, y no podrá fundar el diagnóstico exacto sino después de más o menos largo tiempo, cuando los síntomas de compresión sean más precisos y evidentes para aclarar el diagnóstico.

Bajo el punto de vista práctico, también debemos recordar que no siempre estamos en condiciones de emplear todos los métodos de investigación que tenemos a nuestro alcance.

Así, por ejemplo, en el ejercicio de la clínica, creemos necesario hacer una punción lumbar, que es una operación sencillísima, sin embargo, en la práctica profesional todos los médicos conocen que es una intervención muy delicada, rodeada, en muchos casos, por las mayores dificultades, aun cuando se la considere indispensable.

Y no hay duda que la punción lumbar puede ser, en ciertas ocasiones, indispensable para eliminar

ciertos diagnósticos diferenciales, como, por ejemplo, en la meningitis serosa, la sífilis cerebral y otras enfermedades del neuro eje, y poder de este modo afirmar la naturaleza Histérica de la afección.

En fin, mencionaremos, una vez más, que las enfermedades cuyos síntomas son solamente subjetivos, como por ejemplo las neuralgias, pueden, en muchos casos, carecer de elementos objetivos demostrables para que podamos diferenciarlos tales como Jaquecas, Epilepsia, Asma Bronquial, Calambres, etc., y que podríamos considerarlas en este capítulo como enfermedades Histerófilas.

Quiero establecer también, que la eliminación de un grupo de enfermedades que antes se las contaba entre las neurosis, y cuyo fundamento orgánico ya nadie discute, pueden ofrecer en ciertos casos muy grandes dificultades; citemos. por ejemplo, la Corea, la Parálisis Agitante, el temblor esencial.

La dificultad del diagnóstico en estas enfermedades, reposa en que los movimientos intermitentes de las afecciones que hemos mencionado pueden ser justamente imitadas por la Histeria sin que nosotros, fundándonos en los síntomas objetivos, podamos demostrar la naturaleza orgánica.

Descartadas las enfermedades del sistema nervioso, debemos excluir las afecciones de los órganos internos.

Excluiremos primeramente las afecciones de las

glándulas sanguíneas cuyo conocimiento está aún incompleto y en vías de nuevas orientaciones y estudios.

Para demostrar que el diagnóstico diferencial con las afecciones de las glándulas sanguíneas pueda resultar muy difícil, nos basta recordar la enfermedad de Basedow, en que muchas veces se ha visto diagnosticar esta enfermedad, cuando en realidad sólo se trataba de un caso difícil y confuso de Histeria.

Después de descartar las enfermedades orgánicas del sistema nervioso y de las glándulas internas sanguíneas, debemos hacer el diagnóstico diferencial de la Histeria con las otras neurosis, psicosis y psiconeurosis.

El parentesco entre las manifestaciones de la Histeria por un lado, y el de la psicastenia y neurastenia por el otro, es tan íntimo y estrecho, que muchas veces se confunden en sus formas clínicas, y es debido a esta causa que debemos ser excesivamente minuciosos en lo que se refiere al diagnóstico.

Baste decir, que los límites que separan la Histeria de las otras neurosis, son todavía confusos. Los estigmas y los ataques convulsivos, a los que Charcot atribuía un valor exagerado, están muy lejos de ser patognómicos, pues se los cuenta en otras enfermedades como en la Demencia Precoz, y para hacer el diagnóstico diferencial de la Histeria

con esas afecciones, nos fundamos solamente en los síntomas psíquicos, dándoles un valor muy secundario.

El diagnóstico más interesante es el de la Histeria en sus manifestaciones comunes con la psicastenia y neurastenia, a propósito de ciertas crisis de agitación motriz que son a menudo confundidas entre sí, como también de ciertas crisis de Ruminación Psicasténica, en que son confundidas con períodos semejantes de sonambulismo, y, por fin, en casos de rehuso de alimentos, de tics, etc.

Teóricamente, el diagnóstico debiera hacerse fácilmente tratando de reunir los estigmas que afirmaran el diagnóstico.

Un histérico con hemi-anestesia neta y estrechez del campo visual, no se parece absolutamente a un escrupuloso que no tiene más que perturbaciones de la atención; pero, por otra parte, nosotros hemos visto que los escrupulosos en los estados graves pueden presentar disminuciones de la sensibilidad, y por otra parte, llegó a creer que se ha exagerado, sino la presencia, al menos la generalidad de la anestesia en los Histéricos.

En estos diagnósticos a menudo delicados, el clínico debe guiarse por los antecedentes, pues hay ciertos hechos netamente Histéricos, las contracciones, las parálisis, los sonambulismos típicos seguidos de amnesia que no existen en los psicasténicos, y, por fin, podrá llegar a servirse de la sugestión y

del Hipnotismo, pues los actos subconscientes no existen tampoco en el psicasténico.

Pero la verdadera diferenciación deberá hacerse por el examen de la forma psicológica que toman las principales perturbaciones.

La Histeria se caracteriza por la supresión completa de ciertos fenómenos psicológicos mientras que otros quedan normales y a veces exagerados.

Sensaciones, recuerdos; imágenes, motoras, han desaparecido completamente de la conciencia personal del Histérico, dando origen a las amnesias, anestesia y parálisis; los fenómenos psicológicos conservados van hasta su término extremo, y es por ello que se constatan las impulsaciones, como esos actos que se ejecutan completamente aun ignorados antes por el sujeto, como sucede en ciertas crisis; así también observamos alucinaciones completas con ilusión de la realidad, convicciones irresistibles formando de todo este conjunto de fenómenos un hecho capital en el Histérico; esto es, la estrechez del campo de la conciencia.

Los psicasténicos en lugar de esta estrechez del campo de la conciencia presentan la disminución de su consciencia en masa. No presentan esas lagunas características del Histérico, ni anestias, ni amnesias, ni parálisis, ni subconsciencia, ni la sugestión que resulta de la estrechez del campo de la consciencia.

En cambio el descenso, la depresión general del

psicasténico, que no es compensado por una estrechez de la consciencia, les da sentimientos de incompletud mucho más acentuados que los que presentan los histéricos.

Mientras que el Histérico tiene sentimientos extremos, pues quiere con frenesí u odia y detesta; el escrupuloso, el psicasténico no sabe si quiere o si detesta.

El Histérico no termina más que ciertos fenómenos psíquicos, pero va hasta el fin; generalmente pasa los límites de lo normal y cae en la exageración desmesurada.

El psicasténico, en cambio, no pierde ningún fenómeno psíquico, conserva todas sus facultades, pero sumamente debilitadas; son incapaces de hacer el menor esfuerzo, y es porque sus sentimientos son siempre incompletos.

Si consideramos cada fenómeno en particular, se examinaría en cada uno de ellos las consecuencias de estas grandes diferencias.

La anestesia, la amnesia y la subconsciencia, dan a los fenómenos automáticos de los Histéricos, a las agitaciones, a los tics y a las impulsiones, una perfección, una regularidad y un ritmo que no existe en los otros enfermos.

Aun existen otros puntos de contacto entre la Histeria y la psicastenia, en lo que se refiere a las ideas fijas de los histéricos y las fobias y obsesiones de los psicasténicos.

«La idea fija—dice Rabinowitch—, es una concepción delirante e inconsciente, dominando toda la personalidad psíquica del individuo.»

La obsesión es una idea inútil o nociva, reconocida como falsa por el mismo enfermo, que se da cuenta exacta de lo ilógico de su reflexión y que ocupa su espíritu contra su voluntad.

La idea fija es permanente. La obsesión por paroxismos.

En el Histérico es el juicio, la asociación de ideas, la que está lesionada; mientras que en el segundo es la esfera emotiva, la voluntad la que está atacada.

Vemos, pues, que las relaciones entre la Histeria y la Psicastenia, son muy interesantes e instructivas, y muy posiblemente una de las más útiles e indispensables para que el clínico conozca a fondo, pues es muy complicado poder deslindar muchas veces estos estados fronterizos de estas neurosis.

Ante todo, estas neurosis deben ser muy vecinas, pues la abulia y la aprosexia existen en ambas, como también se encuentran en estos dos estados una gran disminución de la actividad nerviosa y psíquica.

Sin embargo, Morel afirma que el delirio emotivo se acerca más a la neurastenia que a la Histeria.

Otros autores han notado también la gran dife-

rencia clínica que separa la psicastenia de la Histeria.

Janet, por ejemplo, ha tratado de hacer resaltar esta oposición que le parece curiosa, y detalla los principales puntos.

«El psicasténico—dice Janet—, es un incompleto en todos sus fenómenos patológicos; tiene impulsiones, pero ellas no se ejecutan; tiene alucinaciones, pero no las cree reales, como tampoco sus obsesiones, de las que tiene la intuición de su falsedad, pues es el primero en dudar de sus ideas, tan absurdas las reconoce; tiene períodos de agitación y de inmovilidad, pero que nunca degeneran ni en ataque ni en endormecimiento, y estas crisis no son nunca subconscientes, es decir, el enfermo se da cuenta perfectamente de que las tiene; en una palabra, no tenemos esa amnesia tan clara del Histerico.»

Este carácter de incompletud que vuelvo a repetir, insistiendo nuevamente, es lo que caracteriza bien la psicastenia y es el principal factor de diferenciación entre estas dos neurosis.

Aun en aquel que todavía conserva sus fenómenos normales, algunos están completamente debilitados, pues su memoria muy disminuída ha perdido, y no puede recordar bien, ni puede fijar su atención, no obrando ni con destreza ni con prolijidad; sin embargo, no tiene ni anestias, ni amnesias, ni parálisis.

En una palabra, es un incompleto en general, pero no llevando nunca más allá este estado de insuficiencia psíquica.

El Histérico presenta, sobre todos estos fenómenos, caracteres de muy diferente importancia.

Ante todo, los fenómenos que el Histérico ha conservado, son absolutamente completos y van hasta la esfera de lo real.

El Histérico no duda ni de su persona, ni de sus actos, ni de la manera de considerar las cosas exteriores.

Más aun, los fenómenos que el Histérico conserva, están mucho más desarrollados que el estado normal.

El Histérico concibe una idea y la ejecuta en seguida, tan completa y fácilmente, que muchas veces basta inspirarle una idea para que de inmediato la transforme en acto.

Desarrolla sus imágenes hasta la alucinación completa, y basta una sugestión para que la alucinación resurja y llegue a la convicción extrema.

De otra parte, el Histérico lleva al extremo las ilusiones negativas, presentando en su espíritu verdaderas lagunas, originándose de este modo las amnesias, las anestias, paresias y hasta las parálisis completas.

Todos estos fenómenos responden a un hecho capital que tiene el Histérico, esto es, a la estrechez

del campo de miras, a la estrechez de la consciencia.

El Histérico restringe su actividad mental, concentrándola solamente sobre algunos fenómenos, de modo que éstos no son incompletos, sino por el contrario, más desarrollados, mientras que los otros fenómenos psíquicos o de cualquier otra naturaleza que se han abandonado, van desapareciendo por este descuido, y así se van perdiendo poco a poco hasta desaparecer completamente, hasta el punto de no existir en la consciencia del Histérico, volviendo a adquirirse solamente después de una reeducación lenta y continuada.

Esta es, pues, la característica de la Histeria, en el terreno psíquico, esta estrechez, esta sistematización, la localización y concentración, por decirlo así, de la consciencia y de la voluntad del enfermo sobre ciertos y determinados fenómenos exagerados a veces en sumo grado, perdiéndolos en otras ocasiones.

La debilidad mental se manifiesta en esta enfermedad, como debilidad de síntesis, mientras que en la psicastenia se manifiesta por un descenso general de la tensión y del influjo nervioso o por la simple disminución de las funciones generales del organismo.

Si se permite la expresión, la reducción de la consciencia se hace geoméricamente en la Histeria, reduciendo el número de las funciones conserva-

das; mientras que en el psicasténico es más bien dinámicamente, pues reduce las fuerzas en general de estas funciones, atacando la perfección de todos los fenómenos.

Sin duda alguna, hay casos de transición que se suelen observar en el estado psíquico de ciertos ex-táticos, pero por lo general, la diferencia es muy neta.

Si he insistido tanto en la diferenciación de estos dos estados al tratarse del diagnóstico de la Histeria, es porque en sus estrechas relaciones de estas neurosis entre sí, y además de la psicastenia con la epilepsia, nos hacen considerar este estado psicasténico como una epilepsia frusta o atenuada si se quiere, considerando constante en el psicasténico el descenso de la tensión nerviosa, mientras que en el epiléptico sube de pronto en el momento del ataque para volver a su estado normal o a su estado depresivo anterior, de modo que consideramos al hacer el diagnóstico que descartamos el factor epilepsia y psicastenia.

Verdaderas dificultades son las que ofrece el diagnóstico de Histeria con aquellos casos de epilepsia frusta, conocidos generalmente bajo la denominación de pequeño mal en las perturbaciones mentales, de corta duración, que acompañan a los grandes ataques de Histeria.

Los límites confusos y los caracteres ambiguos de estos ataques, no nos permiten en muchos casos hacer el diagnóstico en ausencia de antecedentes.

Levandosky, apoyándose en su larga experiencia, recomienda un medio excelente de diagnóstico, pues ha llegado a comprobar que las grandes dosis de bromuro producen efectos sorprendentes, aunque de corta duración en la epilepsia, careciendo en absoluto de acción en la Histeria.

Algunos autores piensan que la neurastenia y la Histeria se combinan a menudo, siendo su estudio muy importante también, pues es necesario conocer estas dos formas psicológicas para hacer el diagnóstico diferencial.

Generalmente es fácil confundirla al principio, cuando los síntomas recién empiezan a esbozarse, de modo que todavía son muy poco acentuados, pero esta confusión no continúa mucho tiempo, pues concluyen por separarse de la forma histérica para caer también en la forma depresiva de la psicastenia, que es lo que caracteriza la neurastenia en su pleno desarrollo.

Además, la neurastenia es un estado aun muy vagamente conocido y presenta un gran número de perturbaciones que son muy semejantes con las otras neurosis y psicosis.

Mientras la enfermedad no sea bien neta y característica, no hay ningún inconveniente en que el clínico se sirva del término un poco indeterminado de estado neurasténico, que es además muy fácilmente aceptado por los enfermos, los que generalmente se quejan de abulia, aprosexia, perturba-

ciones de la emotividad del sueño, etc., hasta que luego en la evolución ulterior de los síntomas, la clasificación se hace mucho más fácilmente.

De la mayor importancia resulta en este concepto el diagnóstico de la Histeria con las verdaderas psicosis, prescindiendo de la parálisis general, que en la mayor parte de los casos es mucho más fácil eliminarla en el diagnóstico.

No debiera ser tampoco muy difícil el diagnóstico diferencial con la manía depresiva, la melancolía y la Ziclotimia, si no consideramos que estas enfermedades pueden asociarse a la Histeria.

El diagnóstico en los casos de asociación debiera hacerse, en primera línea, con la manía depresiva tomando todas las medidas precaucionales para evitar el error.

Ocurre con muchísima frecuencia que la mayoría de los que no son especialistas, confunden las formas difíciles de la manía depresiva con la Histeria, aun en aquellos casos en que la agitación maníaca es tan acentuada que resulta difícil contener al enfermo, o cuando la depresión melancólica es tan profunda que lo conduce al suicidio, y no por esto modifican el diagnóstico de Histeria.

Además, en algunos círculos psicológicos se hace con cierta frecuencia el diagnóstico diferencial con la Ziclotimia.

El dolor de cabeza y la dispepsia nerviosa, no deben ser considerados siempre como la expresión

de una Ziclotimia, aunque en ciertos y determinados casos pueda serlo.

El error de diagnóstico, es, en sus consecuencias, prácticas muy peligroso, sobre todo cuando el médico ha revelado al enfermo el nombre de la enfermedad.

Así, por ejemplo, si un clínico responde a un Histérico que lo consulta, respecto a su enfermedad: «Curará dentro de algún tiempo, pero seguramente se han de repetir los accesos, durante toda su vida, pues nunca podrá dominarlos». Esta fué la contestación que dió un distinguido médico a un enfermo, creyéndolo un Ziclotémico, pero el paciente no era lo que se creía, sino un verdadero Histérico, y la fuerza sugestiva de este pronóstico tuvo consecuencias lamentables en la evolución de esta neurosis.

La demencia precoz constituye otra fuente importante en el diagnóstico diferencial con la Histeria y que también es en muchos casos motivo de error.

Dados los muchos puntos de contacto que tienen entre sí estos dos estados, Levandowski cita, a este respecto, lo siguiente:

«El que haya recorrido varias clínicas de psiquiatría, estudiando en cada una de ellas los diferentes métodos y las diferentes escuelas de diagnóstico, se podrá dar cuenta exacta de la muy distinta manera que tienen de considerar estas enfermedades en cada una de ellas.»

Mientras en unas consideran Demencia precoz, en otras se clasifica como Histeria, de donde se desprende la importancia de este error, dado el pronóstico tan diferente de estas dos neuropatías.

Las investigaciones del profesor Fauser, de Berlín, han abierto nuevos horizontes en el estudio todavía confuso y oscuro del diagnóstico diferencial.

El profesor Fauser ha constatado, aprovechando el método de Aldehabdenshen, la existencia de fermentos específicos en la sangre de los dementes precoces.

Ese mismo fermento ha sido encontrado en las glándulas genitales y en la corteza cerebral de estos enfermos; en cambio, nunca lo ha podido constatar ni en la Histeria, ni en ninguna de las otras psicopatías.

Las investigaciones ulteriores de Kafta, Romer y Golla, han confirmado las constataciones del sabio profesor de Berlín.

Sin embargo, y para que podamos emitir un juicio definitivo sobre este precioso medio de diagnóstico, transcurrirán todavía algunos años.

Al hacerse el diagnóstico de Histeria por exclusión, debe tenerse en cuenta muy especialmente que esta neurosis se asocia frecuentemente a las enfermedades orgánicas.

Nosotros hemos dicho ya anteriormente, que todas las enfermedades orgánicas y especialmente las del sistema nervioso, son una condición de la His-

teria, y que cualquiera de esas enfermedades puede originar reacciones histéricas.

Para apreciar en estos casos el factor en cuestión, es necesario conocer profundamente la patología general del sistema nervioso.

Un enfermo orgánico tiene, si se le permite la expresión, dice Levandowski, el derecho de decir que es Histérico.

Las resistencias de su sistema nervioso Histerógeno, se encuentran muy disminuídas por las influencias orgánicas.

Pero las manifestaciones histéricas no tienen ninguna importancia en el pronóstico y la terapéutica de las enfermedades nerviosas; en efecto: la siringomielia, la esclerosis en placas, los tumores cerebrales y otras afecciones del sistema nervioso, no modifican su curso crónico y progresivo, ni la gravedad de su pronóstico por esa sola asociación.

De modo que para asegurarse de la exactitud del diagnóstico en los casos de Histeria, al examinar los enfermos debemos:

I.—Descartar las afecciones orgánicas, y para esto debemos multiplicar y precisar los exámenes, tanto que al diagnóstico de Histeria sólo se llegará por exclusión, y cuando se había adquirido la certidumbre de no haber podido constatar esos signos que hoy día conocemos perfectamente y que permiten revelar la existencia de una afección orgánica.

II.—Habiéndose cerciorado de la ausencia de fenómenos orgánicos, es aun necesario resguardarse de la simulación. En consecuencia, el clínico no debe solamente conducir sus investigaciones al dominio exclusivo de la clínica, sino que también debe penetrar en el dominio moral, y ponerse en guardia contra todas las supercherías, interesadas o voluntariamente imaginadas o emanadas de una perversion psicopática constitucional.

III.—Se han confundido estados nerviosos que deben ser distinguidos los unos de los otros, y no hay duda que muchas veces le han de haber atribuído a la Histeria una cantidad de accidentes que no pertenecen absolutamente a esta neurosis y muy especialmente en el terreno de la psiquiatría.

Por consecuencia, el práctico, siendo llamado a dilucidar entre estados de Histeria o los difíciles problemas psicopáticos, a menudo muy delicados, deberá poseer una educación psiquiátrica suficiente.

Hacer un diagnóstico de Histeria basándose en una particularidad psíquica, sin conocer el valor de este signo en medicina mental, sería tan aventurado como diagnosticar una hemiplegia de origen Histérico sin tener conocimiento de los caracteres distintivos que la separan de la Hemiplegia Orgánica.

No es, pues, menos importante, el no saber diagnosticar un fenómeno Histérico de carácter psíquico, el saber analizar una obsesión, como es elemental el buscar el signo de Babinski.

Ya, gracias a todos los medios de investigación psicológica y de control clínico, se podrá llegar a apartar y aun hasta aislar la Histeria de una cantidad de manifestaciones psicopáticas.

Vemos, pues, que para el clínico es indispensable, para hacer un verdadero diagnóstico, no solamente el haber descartado este estado de todas las causas orgánicas que puedan producirlo, ni tampoco de los estados psíquicos, es necesario también precaverse contra la simulación en que pueden encontrarse muy perplejos, pues sería relativamente fácil simular una crisis de cualquier manifestación histérica, de modo que creo conveniente ocuparme, aunque a grandes rasgos, de la simulación.

Si bien es cierto que la simulación de una enfermedad por un individuo completamente sano, es algo rara; sin embargo, la exageración de algunos síntomas en ciertos estados es mucho más frecuente.

Kraftebing, dice, con razón, que para ser un simulador, hay que tener una aptitud y cierta tendencia e inclinación, y los llega a considerar como histerizables, pues que esa adaptación, ese mayor o menor perfeccionamiento en la reproducción de síntomas de males que no tienen, sería la panacea del carácter histérico.

De manera que es justamente entre estos enfermos en que es muy frecuente encontrarla.

Para el clínico es de una gran importancia sa-

ber reconocer si los fenómenos declarados por los enfermos son o no verdaderos; pero esta particularidad llega a tener verdadero interés y capital importancia bajo el punto de vista médico-legal, y aun mucho más que entre nosotros; en Europa, donde la explotación de las enfermedades ha llegado a tal extremo, que, como por ejemplo, en Alemania, se han constituido establecimientos especiales con el único objeto de observar si hay o no simulación.

Ya podremos darnos cuenta si tiene importancia para el clínico reconocer en el enfermo, si es un simulador o un Histérico, y al hacer el diagnóstico de este estado, no debemos buscar solamente los signos que nos la rodea, sino también conocer si éstos existen realmente, haciendo al mismo tiempo respetar nuestros conocimientos y ponernos al abrigo de la simulación, pudiendo desenmascarar al embustero.

El primer cuidado del médico, es tratar de no orientar al enfermo al respecto de la sintomatología de la enfermedad que quiera aparentar.

Es sumamente frecuente, por ejemplo, en estos sujetos, aparentar y quejarse de fuertes dolores, sobre todo a consecuencia de algún traumatismo o un choque de cualquier naturaleza; para comprobar si estos dolores son reales, basta circunscribir la zona dolorosa, y apoyando fuertemente sobre ella hasta producir el dolor; y una vez provocado, la otra mano que mientras tanto tomaba el pulso, debe

comprobar un ligero aumento de pulsaciones más o menos unas quince a veinte por minuto.

También los simuladores aparentan sufrir de dolores articulares muy agudos, olvidándose generalmente de contraer su miembro, de modo que examinándolo, vemos contrastar una perfecta movilidad de los miembros y persistencia del juego articular, siendo imposible una articulación movable y dolorosa.

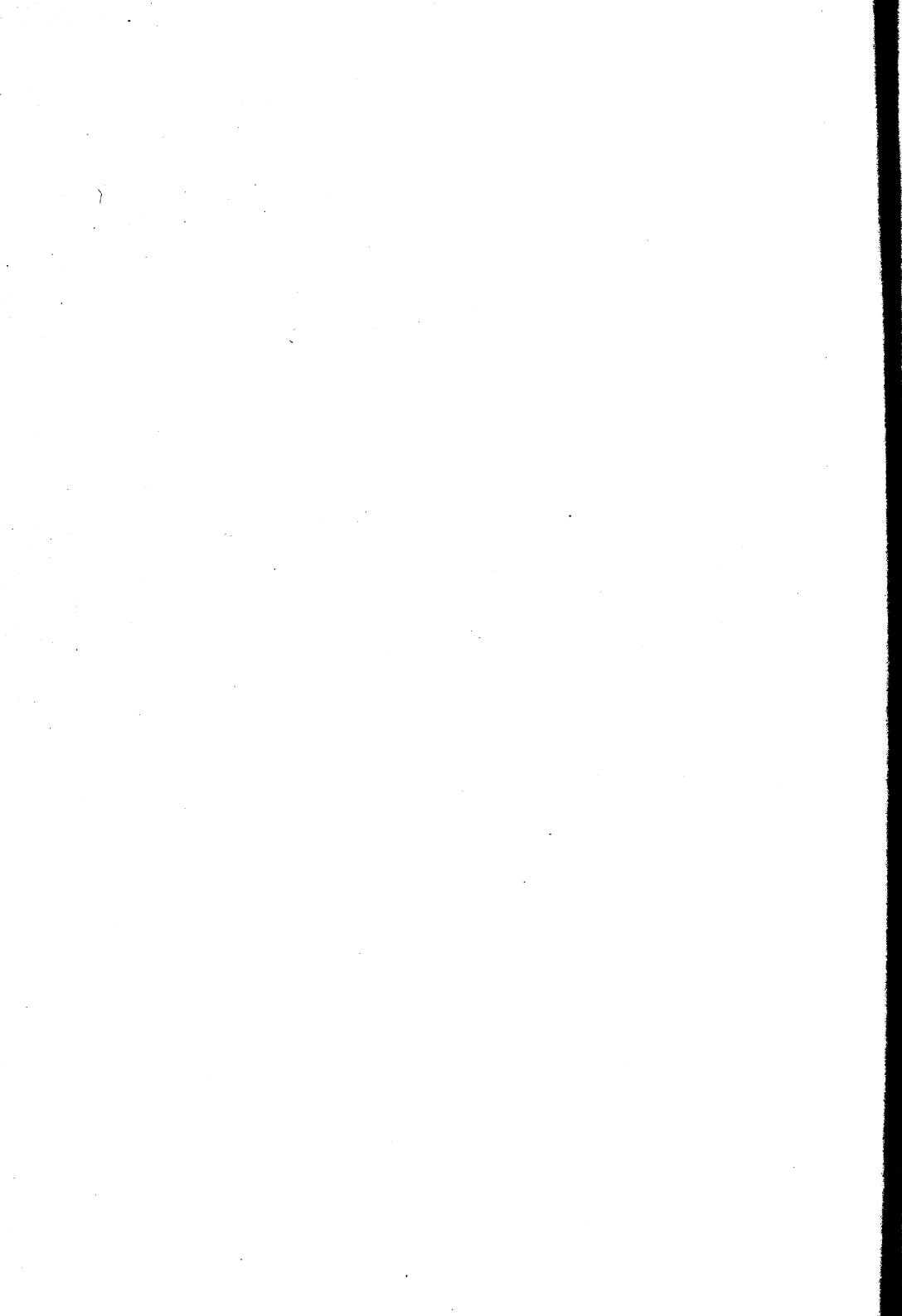
Las anestесias son también, en ciertos casos, invocadas por los simuladores, y aparte de los datos que nos pueden suministrar la distribución en la región, ya sea el trayecto de un nervio, ya sea la de una zona de un miembro.

Betcherew nos indica un medio de reconocer la anestesia verdadera de la falsa, y consiste en la dilatación de la pupila homolateral, en el enrojecimiento de la cara del mismo lado y la aceleración de la respiración; cuando se pincha o pellizca fuertemente la región pretendida anestésica.

En ciertos casos dudosos, basta circunscribir la región pretendida anestésica, y repitiendo esta operación en varias ocasiones se observa cuando hay simulación, la variedad de sus límites.

Muchos son los signos conocidos para poder reconocer la existencia o no de un verdadero fenómeno, pero los límites reducidos de este trabajo, me impiden extenderme mayormente en este sentido.

Sólo el clínico debe ser muy minucioso en su diagnóstico, y bajo el punto de la importancia de la simulación y siempre que llegue a sospecharla, es necesario comprobarla exactamente, siendo relativamente fácil su resultado, dados los medios de que se dispone hoy día a este respecto.



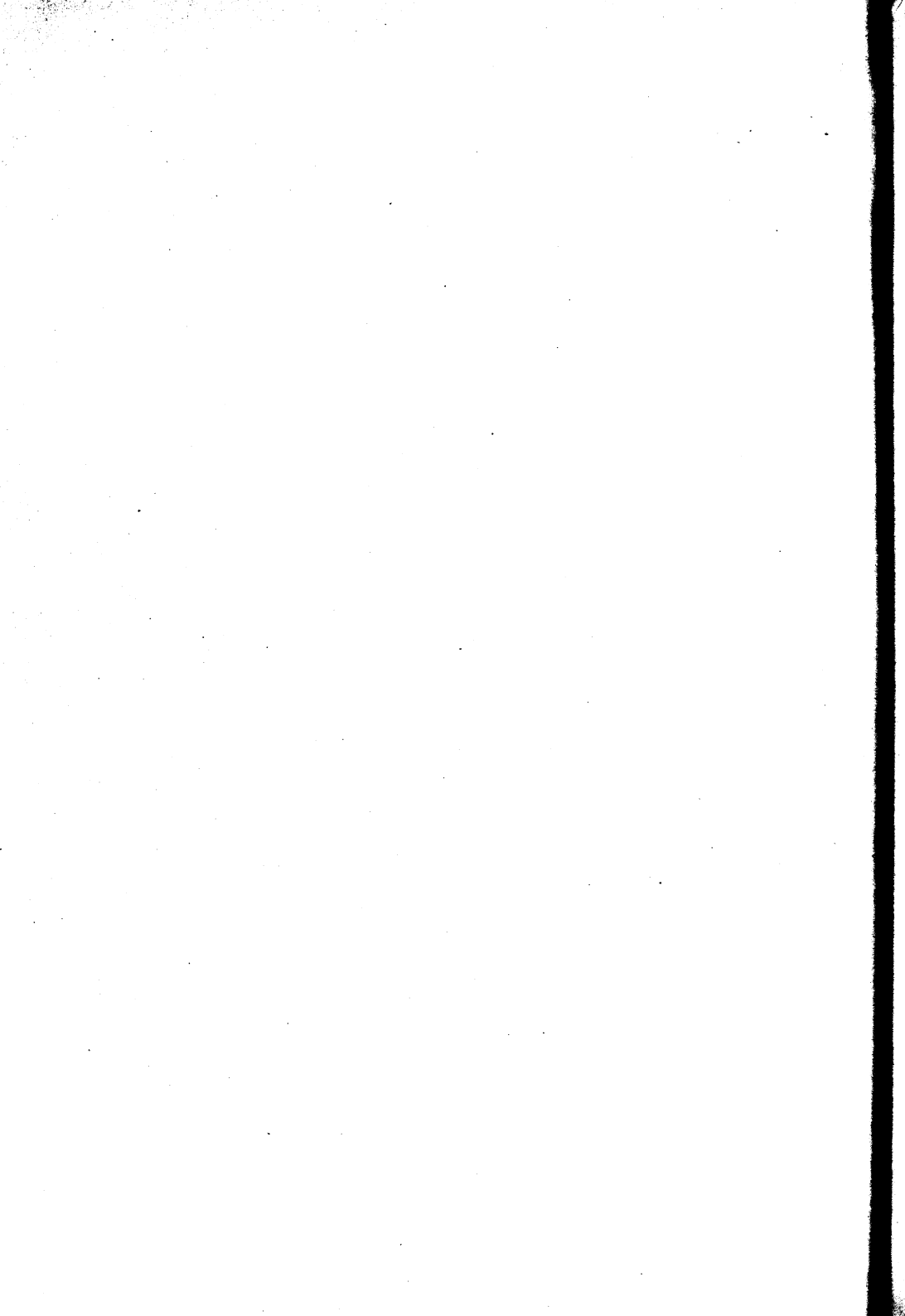
MANIFESTACIONES HISTÉRICAS

ACCIDENTES MOTORES

CONSIDERACIONES CLÍNICAS

SOBRE

ALGUNAS OBSERVACIONES PERSONALES



CAPÍTULO V

2 OBSERVACIONES PERSONALES DE CONTRACTURAS HISTÉRICAS A FORMA PARAPLÉGICA

Algunas consideraciones.—

Todos los músculos sometidos a la voluntad pueden ser atacados de fenómenos paralíticos de origen Histérico. Fácil es, pues, concebir las innumerables formas que pueden representar estas contracturas paralíticas.

Pero lo que las caracteriza principalmente, es que no afectan el territorio muscular dependiente de la inervación, ya sea de un nervio periférico, ya sea de una región medular o cortical.

También se caracterizan por su iniciación generalmente a principio brusco, como también su duración, que es sumamente variable, pudiendo llegar

casos desde algunos minutos y hasta persistir durante muchos años.

Generalmente aparecen como consecuencia de una violenta emoción nerviosa; otros lo hacen repentinamente, y en otros casos su principio es insidioso, llegando a su completo desarrollo solamente después de mucho tiempo.

Pero lo que los diferencia es que se acompañan siempre de caracteres particulares, que contrastan con los signos objetivos que dan el sello tan particular y característico a las manifestaciones de origen orgánico.

No se observarán jamás modificaciones de los reflejos tendinosos, a pesar de que algunos autores, como Charcot y Richer, afirman que existe una exageración de reflejos en la Histeria; sin embargo, Babinski y los modernos observadores, declaran que no sufren modificaciones particulares.

«Los reflejos tendinosos y cutáneos—dice Babinski—no son nunca abolidos, pues son ajenos a la voluntad, de modo que no pueden ser reproducidos por sugestión.»

No podrían pertenecer a una enfermedad cuyos síntomas tienen caracteres contrarios, según su propia definición.

Por otra parte, tampoco están exagerados, pero es necesario antes de establecer esta proposición, precisar el concepto de reflejos exagerados, pues no se trata de reflejos solamente fuertes, es decir, que

se traduzcan por una contracción muscular más considerable que aquella que se produce generalmente.

En el estado normal — añade Babinski — hay grandes diferencias individuales en la intensidad de los reflejos tendinosos, débiles en algunos sujetos; llegan en otros a ser mucho más enérgicos, pudiendo llegar en estos casos a dejar suponer una exageración; de modo que para Babinski no hay un criterio exacto para deslindar el concepto, exageración de reflejos, es decir, el límite entre la fisiología y la patología.

Sin embargo, se puede afirmar que hay verdadera exageración de reflejos cuando se constata la trepidación epileptoidea del pie; siendo este signo para Babinski un verdadero carácter distintivo.

Es necesario aun, y a propósito de la trepidación del pie, saber distinguirla de un fenómeno que puede encontrarse a menudo en los Histéricos, y es la falsa trepidación del pie, cuyo principal carácter consiste en que las oscilaciones son irregulares al punto de vista de la rapidez y la extensión, y en realidad esta trepidación falsa no es más que una variedad de temblor.

Conocidas estas nociones de que los reflejos no están nunca exagerados en la Histeria, y teniendo como norma la aparición de la trepidación epileptoidea del pie, los reflejos fuertes en sí mismo ca-

recen de importancia bajo el punto de vista del diagnóstico.

En los reflejos cutáneos también encontramos particularidades interesantes, bajo el punto de vista Histérico.

Si bien es cierto que la intensidad de estos reflejos dependen de la voluntad; pero cuando la exageración es mayor de un lado, o cuando este reflejo falta de un lado, sobre todo en el cremasterino, y el cutáneo abdominal, es ya una presunción en favor de lesión orgánica.

No así con el reflejo faríngeo que de su ausencia se quiso en cierta época, hacer un estigma clásico de esta neurosis.

El signo del dedo de Babinski es otro signo muy importante en el estudio de las contracturas, pues siempre que lo podamos encontrar se puede afirmar por este sólo signo, la existencia de una lesión orgánica y constatado en un Histérico, presupone la asociación de una lesión orgánica, y cuando se le encuentra en plena crisis convulsiva basta para eliminar la naturaleza Histérica del ataque y afirmar el origen Epiléptico.

En fin, y resumiendo, tenemos que nunca encontramos como en la parálisis neuríticas, abolición de reflejos tendinosos, ni atrofia muscular consecutiva con reacción de degenerescencia.

Jamás se llegará a constatar como en las parálisis ligadas a alteración piramidal, la alteración exagerada de los reflejos tendinosos, ni la trepidación epileptoidea, ni el signo de Babinski.

HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS

SERVICIO DEL DOCTOR IGNACIO ALLENDE

Paraplegía Histérica

OBSERVACION PERSONAL I

Antecedentes Hereditarios:

J. L., español, marino, soltero, 26 años.

Sus padres han sido sanos y fuertes; su madre vive todavía y goza de buena salud. No recuerda la causa de la muerte de su padre; han sido veintidós hermanos, de los cuales es el diecinueve y viven actualmente quince, siendo todos sanos. Como se ve de estos informes, los antecedentes de su familia no nos suministran ningún dato de importancia.

Antecedentes Personales:

Sarampión cuando niño. Hemorragia a los 22 años, que se hizo crónica.

Enfermedad actual:

A fines de Diciembre de 1912, se despertó una mañana con imperiosas necesidades de orinar sin poder conseguirlo.

Los días siguientes sólo pudo hacerlo en muy pequeñas cantidades y con mucha dificultad, llegando a 100 gramos en las 24 horas y gota a gota, siendo sólo la única molestia que sentía una sensación de plenitud en la vejiga.

El 1.º de Enero del mismo año sintió dolores en la región lumbar, pero no muy fuertes, pues le permitieron ir al teatro, y a su salida sintió de improviso unos dolores tan agudos que lo hicieron caer en la calle sin sentido, recobrando el conocimiento recién en el Hospital San Roque donde se le trató, durante dos meses, aunque le persistían sus dolores pero muy disminuidos.

El día 18 de Marzo estaba en la cama recostado sobre su lado izquierdo, y después de una larga partida de dominó durante la cual estuvo casi inmóvil, sintió las piernas como muertas; y las notó frías y al mismo tiempo sintió una gran transpiración desde la cintura abajo.

Las piernas estaban contraídas en posición genu-pectoral, e intentando extenderlas, respondía todo el cuerpo sin poder conseguir su objeto, conservando, sin embargo, la sensibilidad de sus miembros.

Sometido a una anestesia clorofórmica para poder vencer la contractura durante el sueño, se consigue, pero luego vuelve de nuevo la contractura una vez que la influencia del cloroformo ha pasado.

Los miembros estaban en abducción forzada y se conseguía separarlos después de un esfuerzo, pero volvían en seguida a su posición primitiva.

Con mucha lentitud llegaron a enderezarse sus piernas, y en el mes de Septiembre pudo abandonar el Hospital, pero no pudiendo caminar sin la ayuda de un bastón.

A los dos meses de salir del Hospital se sentía completamente curado, y refiere haber bailado, subido escaleras y andado en bicicleta como si nunca hubiera sentido nada.

El 29 de Diciembre, es decir, un año después del primer ataque, estando sentado un largo rato, cuando quiso levantarse notó que no podía sostenerse, tal era la flojedad de sus piernas.

En este estado ingresó al servicio del Hospital de Clínicas, el 30 de Diciembre de 1913.

Estado actual:

Sujeto bien conformado, en buen estado de nutrición, pesa 56'500 k.

El examen de la cabeza, cuello y tronco no dan ningún dato fuera de lo normal. En cambio los miembros inferiores presentan una contractura a forma paraplégica, dificultando completamente la marcha y haciéndola casi imposible.

No hay atrofas musculares, ni dolor a la presión de las masas musculares ni paquetes vásculo-nerviosos.

No hay reflejos patológicos, los reflejos tendinosos y cutáneos están perfectamente conservados—más bien exagerados en ambos miembros iguales—no hay clonus del pie ni de la rótula. Sensibilidad perfectamente conservada no hay anestias ni hiperestesias.

La inteligencia del sujeto está normal, es expansivo y muy conversador, sintiendo un gran placer en poder relatar con todos los más minuciosos detalles las molestias que le ocasionan su parálisis.

No tiene temperatura.

El análisis de orina nos da como resultado ausencia de albúmina y de glucosa, reacción ácida, densidad 1025.

El examen de la vista nos da como resultado, un estafiloma de la córnea en el ojo derecho, todo lo demás es normal.

Es indudable que estamos en presencia de un cuadro de paraplegia; ahora bien, ¿a qué causa responde?

Ante todo, es una paraplegia espasmódica de los miembros inferiores con gran contractura, que impide la extensión de los miembros, la fuerza muscular está conservada no hay atrofia muscular.

Los reflejos tendinosos están algo aumentados.

Los reflejos cutáneos y mucosos normales, el reflejo faríngeo falta.

No hay clonus del pie ni de la rótula.

No hay Babinski ni Openheim, ni reflejos patológicos.

No hay tampoco zonas de hiperestesia ni de anestesia, ni trastornos esfínterianos.

La marcha es imposible.

Cito diagnóstico.—Después de una punción lumbar en la que el líquido céfalo-raquídeo sale gota a gota y con la presión normal, de color claro; el examen microscópico no hay linfocitos ni ningún elemento patológico.

No hay dolores a la presión en la columna vertebral como tampoco desviación de ésta.

De modo que con este cuadro de paraplegia en que empieza bruscamente, que es ya el segundo ataque, que el primero ha fracasado completamente para volver exactamente al año siguiente.

En cuyos síntomas tenemos que descartar las lesiones de irritación del Haz piramidal, pues no hay exageración de reflejos, ni clonus del pie ni de la rótula, ni el signo de Babinski.

La contractura no está acompañada de atrofia muscular, no hay pérdida de fuerzas, ni temperatura.

No hay ningún signo doloroso en la columna vertebral.

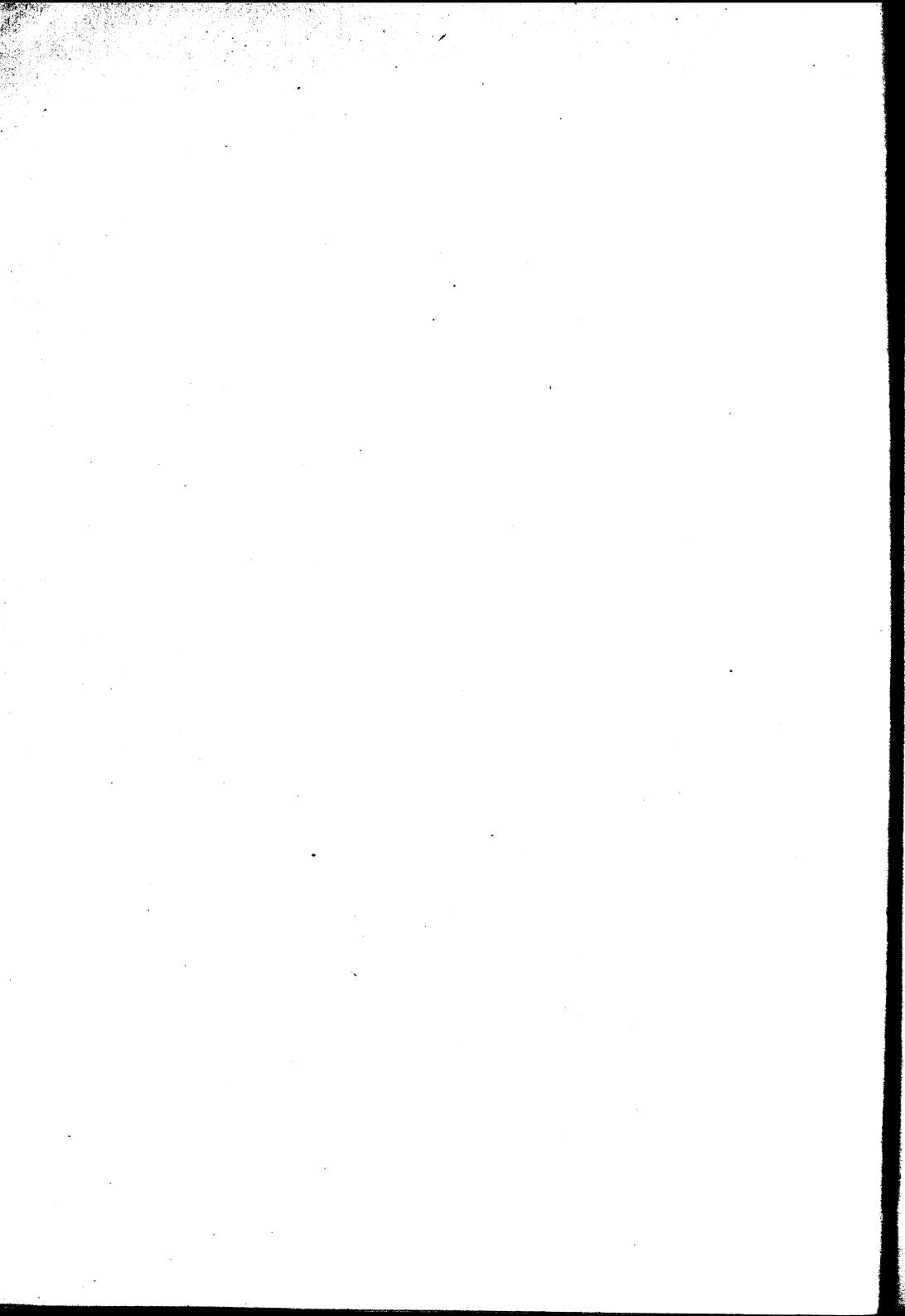
Los reflejos un poco exagerados, pero no hay ni temblor intencional ni nistagmus.

No hay anestias ni trastornos en la sensibilidad.

De modo que, tenemos que descartar toda clase de lesiones orgánicas que nos puedan dar este síndrome paraplégico. Además, es un sujeto que no ha tenido ningún antecedente de Lúes que niega absolutamente esta enfermedad.

Después de haber estudiado perfectamente este caso, solamente la Histeria puede dar un cuadro tan incompleto, corroborado con los antecedentes y la forma de sus ataques; además, encaminados por el resultado de la cloroformización que se le hizo en el Hospital San Roque, se hace un tratamiento a base de sugestión y electroterapia, el que es coronado con el más perfecto éxito.

Después de 15 baños Hidroeléctricos, la contractura desaparece y el enfermo vuelve a caminar, abandonando el Hospital, perfectamente curado, el 23 de Enero de 1914.



HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS

SERVICIO DEL DOCTOR IGNACIO ALLENDE

OBSERVACIÓN II

Otro caso de Paraplegía Histérica

Un caso muy parecido al que acabo de describir es el de este sujeto, el que presenta todas las características de una paraplegía flascida, de origen también Histérico.

Historia clínica:

F. R., soltero, de 37 años, argentino, jornalero.

Antecedentes hereditarios:

La madre muerta de Bacilosis pulmonar; su padre no recuerda de qué; sus hermanos son todos sanos.

Antecedentes personales:

Sarampión en la infancia; luego tifoidea muy leve hace 10 años, siendo siempre muy sano; después blenorragia a los 25 años, y luego Lúes. Es buen fumador y buen bebedor.

Enfermedad actual:

Después de la muerte de su madre es que empieza a sentir los primeros síntomas de la enfermedad, quedándose muy enfraquecido debido a las malas noches y disgustos que tuvo que pasar, y así estuvo hasta hace nueve meses, aproximadamente, en que experimentó de repente y mientras andaba a caballo, pensando en su mala suerte, una gran sensación de frío en ambas piernas, las que quedaron como acalambradas y dormidas, sintiendo en ellas un intenso dolor.

Cuando quiso bajarse del caballo, le fué imposible caminar, y se apercibió que perdía su orina gota a gota.

Al cabo de dos meses de estar en cama, llegó a caminar de nuevo, aunque con mucha dificultad, y experimentaba por las tardes chuchos intensos que le obligaban a abrigarse, pues sentía un gran frío después de los cuales perdía gran cantidad de orina.

Sufría también de acentuadísima constipación. Al fin consigue poder caminar.

Poco tiempo después vuelve a sentir de nuevo sus dolores en las piernas y a serle imposible la marcha, pero esta vez en lugar de atacarle de golpe como en el primer ataque, su paraplegia fué mucho más insidiosa, empezando por calambres sumamente dolorosos que le tomaban los dos miembros. En esta época empezó a sentir una sensación muy rara retro-esternal.

Ingresando al hospital en este estado.

Estado actual:

Sujeto de grande estatura. con abundante panículo adiposo, buena musculatura y en buen estado de nutrición; piel pigmentada de oscuro; no hay ictericia ni edemas; ganglios pequeños en toda la región. Ojos, pupilas iguales, regulares, reaccionan bien a la luz y acomodan bien.

Reflejo, conjuntival, bien conservado.

Lengua rojiza, húmeda, motilidad normal, simétrica.

Dientes en buen estado de conservación.

Fauces rosadas.

Reflejo faríngeo completamente abolido.

Cuello normal, no hay latidos arteriales.

Aparato circulatorio.

Pulso, igual rítmico, regular, algo tenso, frecuencia normal, arteria dura y sinuosa.

Aorta normal. Matítez anterior 5 $\frac{1}{2}$ cm.

Corazón. Región Precordial normal, no se ve el choque de la punta pero se percute a nivel del quinto espacio intercostal.

Gran matítez. D. T. 12 cm.

D. T. 3 cm.

D. I. 9 cm.

Auscultación. — Tonos limpios; no hay ruidos sobre agregados.

Aparato respiratorio. Frecuencia normal.

No hay disnea. Tipo respiratorio. Costado abdominal.

Tórax simétrico. Buena excursión respiratoria, bien conformado, algo enfisematoso.

Auscultación, normal, murmullo vesicular en todas partes, vibraciones conservadas.

Percusión, sonoridad normal, región anterior, límite inferior octava costilla, región posterior, duodécima vértebra dorsal.

Espacio de Traube libre.

No hay tos ni expectoración.

Abdomen globuloso, sin venas superficiales, no se palpa nada de anormal.

Hígado normal, límite superior quinta costilla, borde inferior, reborde costal.

Bazo no se palpa.

Percusión, límites normales.

Sistema nervioso. Estado intelectual, algo deprimido, con cierta tendencia a la melancolía; por lo demás su inteligencia está conservada y perfectamente normal.

No hay disartria ni ninguna perturbación en la palabra.

Sensibilidad, abolición completa de la sensibilidad al calor, al frío y al dolor, anestesia en todo el cuerpo menos en una pequeña zona circular entre la sexta y octava costillas en que está conservada.

Sentido estereognóstico normal.

Marcha imposible.

Reflejos normales, tendinosos y cutáneos existen, no hay patológicos.

Campo visual, normal.

Sueño tranquilo.

No hay atrofia muscular. No hay contracturas.

Como se desprende del estudio de su estado actual, este sujeto padece ante todo de una paraplegía espasmódica en la repetición de un ataque anterior; ha tenido, además, un comienzo insidioso, no así la primera vez, que se estableció de pronto; tampoco hay columna vertebral dolorosa, ni hay nin-

gún signo de compresión medular; no hay ni exageración de reflejos, ni Babinski ni clonus del pie ni de la rótula; no hay atroñas musculares, ni pérdida de fuerzas, tal vez un poco de debilidad en los miembros inferiores.

Por otro lado, la anestesia es total; abarca todo el cuerpo del sujeto que solamente está sensible en una pequeña zona de la región torácica entre la sexta y octava costilla.

No hay dolor a la presión de las masas musculares.

La columna está móvil, no hay desviaciones.

El tonismo y la motilidad, los reflejos están conservados normales; el sentido muscular está bien intacto; no hay temperatura.

De modo que resumiendo, tendremos un síndrome caracterizado por una paraplegía flaccida, con perturbaciones espínerianas, sin temperatura, sin dolor a la presión de las masas musculares, forma de accesos de repetición y cuyo comienzo es unas veces brusco y otras mucho más lento.

Esta paraplegía no puede encuadrarse ni en las poliomyelitis ni en las meningos mielitis, ni en las polineuritis; sólo podríamos, dado el cuadro tan disparatado, agruparla entre ciertas paraplegías puramente funcionales, y principalmente las de origen histérico.

Ahora bien; este enfermo tiene antecedentes que pueden bien hacer pensar en Paraplegía Histérica, si se tiene en cuenta los antecedentes del enfermo: la tristeza que refiere sentía después de la muerte de su madre; la cavilación melancólica constante; la falta de reflejo faríngeo: la forma de la anestesia torácica en zona casi característica de esta lesión. Además, su paraplegía que lo imposibilita para caminar desaparece enormemente desde que el sujeto está, y sus miembros en esta situación gozan de la más perfecta movilidad.

En tal concepto, se le hace un tratamiento psicoterápico y aplicaciones eléctricas en forma de Baños hidro-eléctricos, los

que dan un resultado notable, pues a los 5 baños el enfermo se siente perfectamente bien de sus piernas, y al mismo tiempo mucho más aliviado de la depresión moral que sentía cuando ingresó al servicio.

Estos son, pues, dos observaciones que he podido estudiar en mi práctica hospitalaria y que ambas constituyen dos tipos muy próximos e interesantes de contracturas histéricas a formas paraplégicas en que se presentaban bastante netamente, gracias a la ausencia completa de signos de lesiones orgánicas y favorecidos también por los antecedentes psíquicos que nos presentaban estos enfermos.

CAPÍTULO VI

Observaciones personales de temblores de origen Histórico

CONSIDERACIONES SOBRE SUS CARACTERES

El temblor es una manifestación sumamente frecuente en los Históricos, resistiendo en ellos caracteres sumamente variables.

Apareciendo en ciertas ocasiones como un fenómeno efímero sin mayor importancia; mientras que en otros casos llega a constituir el único síntoma de la enfermedad, llegando entonces por su duración, su intensidad y las perturbaciones que pueda acarrear a constituir un verdadero problema, resultando para el clínico sumamente difícil en algunos casos, desmembrarlo de las muchas enfer-

medades orgánicas o nerviosas que puedan producirlo.

Vemos; pues, que el temblor Histérico no se presenta siempre bajo una forma única; lejos de eso reviste todos los aspectos simulando todos los temblores de orígenes completamente distintos; de modo que trataré de hacer un ligero esbozo de las diferentes formas que puedan representar para que de esta manera sea más fácil poder encarar su estudio.

La existencia de estos temblores es conocida desde hace muchos años. Homolle relata en el año 1879, en el «Progrés Medical», un caso de esta naturaleza, observado en compañía de su maestro el doctor Potain.

Otros también han estudiado este accidente, y entre ellos E. Chambard, German See, Letulle Briquet, Huchard, etc.; pero indudablemente es a Rendu a quien le cabe el mérito de haber llamado la atención de los clínicos sobre la pluralidad de las formas del temblor Histérico e indicado la analogía entre estos temblores y las muy semejantes de la parálisis agitante, de la Esclerosis en Placas y de la enfermedad de Basedow.

Pitres propone luego, debido a su diversidad, clasificarlos en tres grupos distintos:

Temblores trepidatorios;

Temblores vibratorios; y

Temblores intencionales.

Actualmente, la clasificación está basada en la frecuencia de oscilaciones, y se dividen los temblores en:

- Temblores de oscilaciones rápidas o vibratorias;
- Temblores a oscilaciones de ritmo medio;
- Temblores a oscilaciones lentas.

Entre estos últimos tipos existen algunos, que aunque se notan ya al estado de reposo, sin embargo se exageran bajo la influencia de los movimientos activos; otros, al contrario, no se producen sino a consecuencia de los movimientos voluntarios, y por lo tanto, conviene agruparlos en una categoría aparte como temblores intencionales.

Bajo este punto de vista se pueden clasificar los temblores histéricos, según tipos bien diferentes, como lo hace Ductil, de quien tomamos el siguiente cuadro:

I. Temblores vibratorios	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Persistiendo durante el} \\ \text{reposo y no modifi-} \\ \text{cados por los movi-} \\ \text{mientos voluntarios.} \end{array} \right\}$	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Imitan el tem-} \\ \text{blor} \end{array} \right\}$	$\left\{ \begin{array}{l} \text{de los alcohólicos de} \\ \text{la parálisis general} \\ \text{de la enfermedad de} \\ \text{Basedow.} \end{array} \right\}$
II. Temblores de ritmo medio.	$\left\{ \begin{array}{l} \text{(a) Temblor remitente inten-} \\ \text{cional. Tipo Rendu. Exa-} \\ \text{gerado por los movimien-} \\ \text{tos voluntarios.} \\ \text{(b) Si está localizado en los} \\ \text{miembros inferiores for-} \\ \text{ma paraplégica} \\ \text{(c) Temblor intencional pu-} \\ \text{ro, nulo en el reposo, no} \\ \text{apareciendo sino a la oca-} \\ \text{sión de los movimientos} \\ \text{voluntarios.} \end{array} \right\}$	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Imita perfectamente el temblor} \\ \text{mercurial, e imperfectamen-} \\ \text{te el de la esclerosis en pla-} \\ \text{cas.} \\ \text{Imita la epilepsia espinal de} \\ \text{los paraplégicos espasmódi-} \\ \text{cos.} \\ \text{Imita perfectamente el temblor} \\ \text{de la esclerosis en placas.} \end{array} \right\}$	

Caracteres generales de estos temblores: Se desarrollan algunas veces de una manera tan insidiosa, que los enfermos interrogados sobre la época de aparición de su temblor no pueden dar, bajo

ese punto de vista, ninguna indicación precisa; pero es esta forma generalmente excepcional entre los temblores Históricos.

Por regla general, aparecen súbitamente bajo la influencia de algún traumatismo, de algún susto, en fin, de un choque moral, y por regla general es la reliquia de algún ataque convulsivo.

En semejantes casos, que el ataque haya sido completo o solamente esbozado, y que sea o no acompañado de pérdida del conocimiento, el sujeto se apercibe al despertar de su crisis, que tiembla, ya sea éste un temblor generalizado o bien solamente limitado a un miembro.

Otras veces, en lugar de aparecer después de un ataque vulgar, empieza en la siguiente forma: a consecuencia de una emoción fuerte, el enfermo experimenta una sensación de peso en el epigastrio, se ahoga, siente el cuello como encerrado por un aro de hierro, latidos en los temporales, zumbidos en los oídos, y cuando este conjunto de perturbaciones que caracterizan el aura Histérico se ha prolongado un cierto tiempo, de repente y sin que el enfermo pierda el conocimiento, se pone a temblar violentamente.

Este temblor puede pasarse en algunos instantes, y cuando esto sucede así, a los fenómenos del aura se desarrolla un verdadero ataque de temblor, y después de varias crisis de esta naturaleza, se es-

tablece un temblor continuo que se hace permanente revistiendo cualquiera de las formas que hemos citado anteriormente.

En fin, puede suceder que el temblor se establezca de golpe, sin causa aparente que lo provoque, sin haber sido precedido ni de ataque ni de fenómenos de Aura, dato que puede ser de importancia, bajo el punto de vista del diagnóstico, pues nada es más fácil que reconocer la naturaleza Histérica de una lesión que se presenta acompañada de todo el cortejo de síntomas que caracterizan a esta neurosis, no siendo lo mismo cuando el temblor es el único signo en que se pone de manifiesto.

Estos temblores pueden ser o generalizados o parciales, constituyendo temblores a forma hemipléjica o parapléjica y aun se suele verlos localizados a miembros y parte de miembros.

Su duración es también variable y hay temblores que persisten durante varios meses, hasta varios años sin ninguna interrupción; otras veces se muestran por accesos, apareciendo después de cada acceso convulsivo, y se les ve entonces detenerse poco a poco y desaparecer después de algunas horas de duración, volviendo a reaparecer en el ataque siguiente.

Algunas veces la excitación de una zona histerógena, basta para provocar el retorno o acentuar el temblor considerablemente.

En otros, el temblor no constituye ninguna mo-

lestia para el enfermo, y sólo se puede llegar a observarlo, haciéndole extender las manos.

Por el contrario, puede, en otros casos, llegar a adquirir una intensidad tal, que hasta la marcha se hace difícil e incierta, y en los miembros superiores ha llegado a dificultar los movimientos hasta el punto de hacer muy difícil la preensión de los objetos, imposibilitando los actos más elementales.

Sabemos, pues, cuáles son los caracteres de los temblores Históricos; de modo que para llegar a su diagnóstico, es necesario hacerlo después de haber descartado las otras enfermedades cuyos temblores pueda imitar la Histeria, y la ausencia de signos clínicos que apoyen otras enfermedades, serán los que nos confirmarán en nuestro diagnóstico.

HOSPITAL CARLOS DURAND

SERVICIO DEL DOCTOR MARIANO R. CASTEX

III.—OBSERVACIÓN PERSONAL.—TEMBLOR HISTÉRICO A OSCILACIONES DE RITMO MEDIO. — TIPO RENDÚ.

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes hereditarios: Sus padres viven y son sanos. como también sus hermanos, los que no presentan antecedentes neuropáticos.

Antecedentes personales:

Ha sido siempre sano, tuvo sarampión de chico; no recuerda haber tenido otra enfermedad.

Es sumamente nervioso e impresionable debido, a un susto producido en su juventud.

No tiene antecedentes específicos.

No es bebedor ni es fumador.

Enfermedad actual:

Hacen unos diez años que empezó su enfermedad comenzando por un temblor que se estableció de repente y sin causa aparente.

Este temblor empezó por la parte izquierda del cuerpo, tomando principalmente el miembro superior e inferior y generalizándose luego a los cuatro miembros, pero sin interesar ni la cara ni el tronco.

Este temblor se exagera con los movimientos voluntarios, es mucho más visible cuando está de pie llegando a dificultar la marcha.

Este es el estado en que ingresa al servicio siendo el temblor el único signo que presenta; declarando no haber tenido nunca ni caídas ni dolores de cabeza ni mareos.

Estado actual:

Actitud decúbito indiferente.

Facies expresiva móvil e inquieta.

Buen estado de nutrición.

Piel ~~tejido~~ celular y ganglios superficiales normales.

Sistema muscular normal.

Esqueleto bien conformado.

Ojos, pupilas iguales, regulares; reacciona bien a la luz y a la distancia; no hay nistágmus.

Boca: lengua húmeda roja, no hay temblores.

Sensibilidad bucal y faríngea normales.

Aparato circulatorio.

Pulso regular, igual, rítmico, tensión y frecuencia normales.

Aorta normal.

Corazón: Matitez normal.

D. T. 12 cm.

D. D. 3 cm.

D. I. 9 cm.

Tonos limpios en todos los focos, no hay ruidos sobre-agregados.

Aparato respiratorio:

Frecuencia normal. Tipo respiratorio costo abdominal. Tórax, simétrico buena excursión respiratoria.

Auscultación y percusión normales.

Vibraciones vocales Broncofonía

Espectoraación mucosa.

Abdomen:

Globuloso, no hay venas superficiales, indoloro.

Hígado normal, límite superior quinta costilla hasta el reborde costal.

No se palpa Bazo.

Traube libre.

Sistema nervioso:

El estado intelectual del sujeto está perfectamente conservado.

La palabra es ligeramente entrecortada y la pronuciación un poco arrastrada; sin ser tartamudo

Sensibilidad al tacto; calor y dolor perfectamente conservados; no hay hipo ni hiperestesias.

Sentido muscular normal.

Marcha algo dificultada; hace un poco de stepage.

Reflejos tendinosos, cutáneos y mucosos conservados.

Sensorialidad intacta.

Motilidad.

Las perturbaciones motoras funcionales que se observan en este orden son las siguientes:

Hemi espasmo del labio superior, que hace que la comisura izquierda sea más elevada que la derecha y que el surco nasogeniano del lado izquierdo sea más profundo que el derecho.

La lengua se mueve en todas direcciones, no hay desviaciones ni temblores.

Ligera paresia en los miembros, sobre todo más acusada en los miembros inferiores y más del lado izquierdo, a la exploración dinamométrica se obtienen 15 kg. para la mano izquierda y 45 para la derecha.

Esta paresia no impide al enfermo de ejecutar todos los movimientos que se le ordenen haciéndolos con la mayor facilidad.

Entre las perturbaciones motoras, la más característica es un temblor muy marcado que se generaliza por todo el organismo del enfermo, que existe durante el reposo y se continúa sea cualquiera la posición del sujeto ya sea sentado o de pie.

Este temblor es rítmico de gran amplitud, y sus oscilaciones se podrían contar muy fácilmente.

En los miembros superiores el temblor es relativamente intenso, y las oscilaciones son mucho más amplias en el lado derecho.

Este temblor se exagera enormemente con los movimientos voluntarios si se ordena al enfermo extender el brazo de modo que la cara palmar de la mano quede mirando al suelo en actitud de jurar, las oscilaciones se acentúan manifestamente y su amplitud también se aumenta.

Cuando se le ordena hacer un movimiento voluntario más complicado como por ejemplo llevar un vaso lleno de agua a

la boca, el temblor es tan grande que llega a derramar gran parte del contenido antes de poder llevarlo a su destino.

Cuando el sujeto está de pie, sus miembros inferiores están animados de movimientos de oscilación de flexión y de extensión, que tienen por centro las articulaciones de la rodilla y cuello del pie.

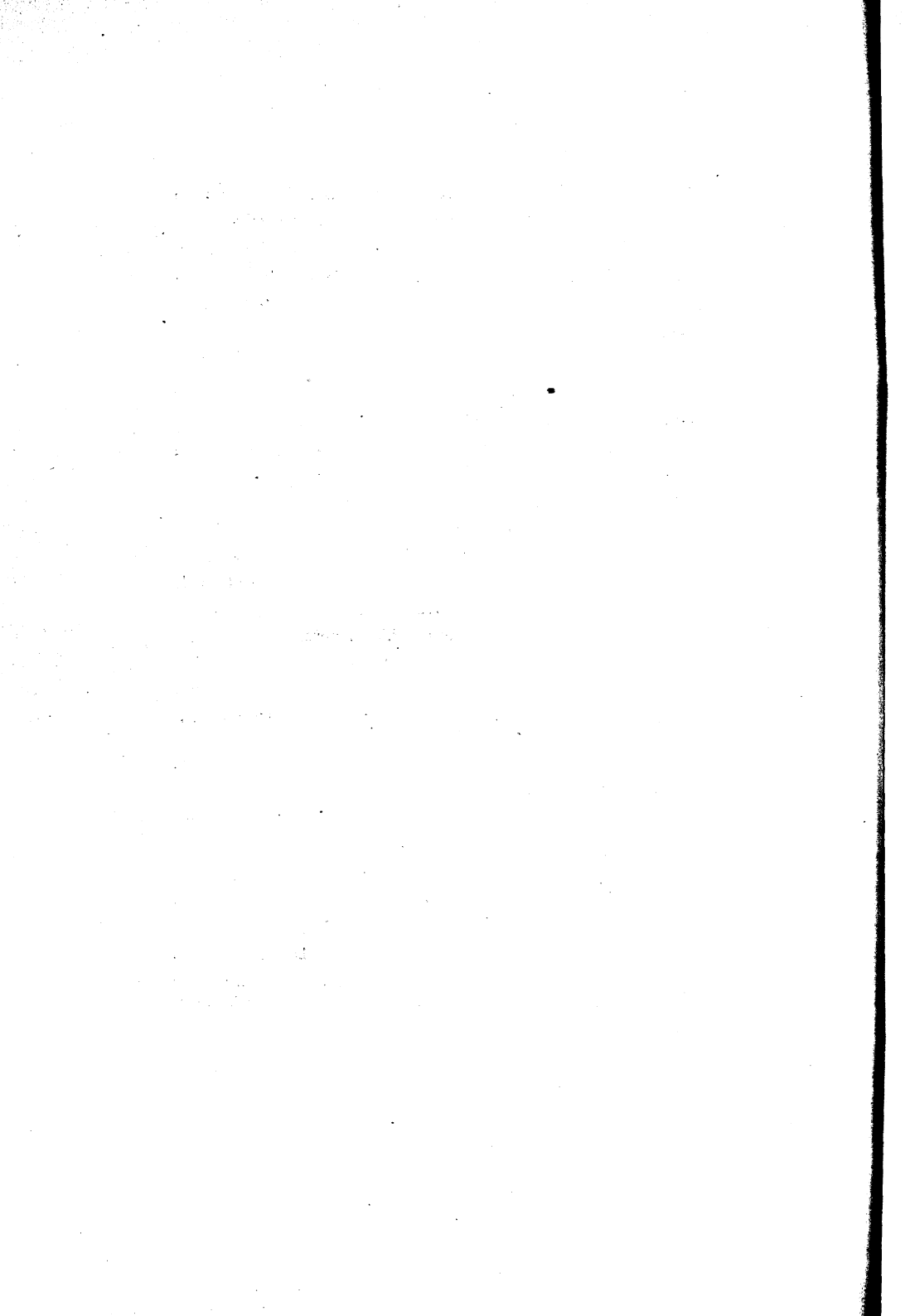
Los movimientos de la marcha se ejecutan aunque las sacudidas tomen una bastante grande amplitud, el enfermo pone rígida la pierna al poner el pie sobre el suelo.

En suma, cuando se ve avanzar el sujeto con su marcha rígida, brusca, imitando un poco el stepage; con su temblor generalizado se podría pensar en esclerosis en placas, pues es tal vez una de las pocas lesiones que nos puedan dar este síndrome, pero no hay nada más que un cierto parecido entre el temblor de la esclerosis y el de este sujeto en el sentido de que éste se exagera con los movimientos. Además, los antecedentes del sujeto nos ponen de manifiesto antecedentes neuropáticos. Su carácter, por otro lado, faltan los signos que nos confirmarían en el diagnóstico de esclerosis, el *nistagmus crisis* de llanto y risas, etc., que faltan absolutamente en este enfermo.

Por fin en la esclerosis el temblor no existe al estado de reposo como lo encontramos en este sujeto.

Con el temblor mercurial será más bien posible confundirlo, pero niega en absoluto antecedentes a este respecto, pues no ha hecho el menor uso ni del mercurio ni de sus sales, de modo que se puede descartar también este factor, quedándonos como fenómeno exclusivamente neuropático.

Sometido a un tratamiento eléctrico, le da un resultado excelente, pues a la novena sección se calma completamente y los temblores no vuelven a aparecerle en los diez días subsiguientes a su curación.



HOSPITAL CARLOS DURAND

SERVICIO DEL DOCTOR MARIANO R. CASTEX

IV.—OBSERVACIÓN PERSONAL.—TEMBLOR HISTÉRICO. TIPO BASEDOW A OSCILACIONES VIBRATORIAS.

Es ésta otra observación interesante de temblor histérico que difiere del anterior, en su forma y manifestaciones, pues éste se caracteriza por sus oscilaciones mucho más rápidas, su ritmo y su falta de modificación por los movimientos voluntarios; imitando perfectamente el temblor alcohólico, el de la parálisis general y el de la enfermedad de Basedow.

Historia clínica:

J. C., de 42 años, ruso, casado, carpintero.

Antecedentes hereditarios:

Sus padres viven y son sanos, tiene dos hermanos que también son sanos; otros tres han fallecido en la infancia y no sabe de qué.

Antecedentes personales:

A la edad de 8 años tuvo una bronquitis muy fuerte, y luego a los 15 tifoidea leve; a los 20 años blenorragia; niega todo antecedente específico; no es bebedor ni fumador.

Enfermedad actual:

Hace tres semanas que comenzó su enfermedad con cefaleas muy intensas, a los que siguieron dolores generalizados a todo el cuerpo, especialmente en la cintura, y después unos temblores que le incomodaban muchísimo y que se hacían insostenibles, sobre todo, después de la más mínima excitación emotiva; una discusión: una contrariedad, etc., viéndose obligado a ingresar a este servicio tal era la intensidad de su trastorno.

Estado actual:

Sujeto de gran estatura, de esqueleto y musculatura bien conformados.

En buen estado de nutrición, aunque con escaso pániculo adiposo.

Mucosas rosadas; piel blanca; no hay cianosis ni pigmentación icterica; no hay edemas.

No hay ganglios palpables.

No tiene temperatura.

Cara, motilidad y sensibilidad conservadas.

Ojos, pupilas iguales, regulares, reaccionan bien a la luz y acomodan bien a la distancia.

Fondo de ojo, normal, no hay lesión de papila.

Fauces normales; dientes bien implantados pero en mal estado de conservación.

Lengua rojiza, húmeda; tiembla ligeramente.

Cuello bien conformado; no hay nada anormal.

Tórax simétrico, buena excursión respiratoria.

Tipo costo abdominal, bien conformado, enfisematoso.

Pulmones. Al examen físico no revelan ninguna anomalía. Sonoridad, murmullo vesicular y Broncofonía.

Corazón. La punta no se ve, pero se percute en el quinto espacio intercostal izquierdo.

Matítez normal, D. T. 12 cm.

D. D. 3 cm.

D. L. 9 cm.

Auscultación: tonos limpios en todos los focos. No hay ruidos agregados.

Pulso: ligera irregularidad; frecuencia normal, buena tensión arterial; arteria blanda y elástica.

Espacio de Traube libre.

Abdomen bien conformado; paredes flácidas e indoloras. No hay nada anormal.

Hígado: normal a la palpación y a la percusión.

Bazo se palpa desbordando ligeramente el borde costal izquierdo a nivel de la línea mamilar.

Dermografismo intensísimo.

Sistema nervioso.

Sensorialidad normal.

Sensibilidad conservada, no hay hiperestesias.

Reflejos tendinosos normales, cutáneos y mucosos también normales.

Existe un temblor fino generalizado, constante en todos los músculos de la cara, cuello, tronco y extremidades, pero no aumenta con los movimientos voluntarios. No hay temblor intencional.

La fuerza muscular ligeramente disminuída, especialmente en las manos, donde existe una desigualdad pequeña, siendo la derecha un poco más pequeña (congénito).

El tonus muscular es normal.

No hay incoordinación motriz.

No hay trastornos esfínterianos.

De modo que nos encontramos en presencia de un sujeto que nos presenta un cuadro clínico bastante simple, constituido por un temblor fino, generalizado, que persiste en el reposo, que no se aumenta por los movimientos voluntarios, pero sí se exagera notablemente a consecuencia de cualquier emoción, llegando en estos casos a serle completamente imposible el uso de sus miembros superiores.

Ahora bien, es un sujeto muy nervioso e irritable, que no tiene más síntoma patológico bien delimitado, que su temblor; de modo que, dados los caracteres de este temblor, podríamos pensar solamente o en enfermedad de Basedow o en parálisis general.

Para esta última no tiene casi ningún signo que pueda confirmarnos en esta idea.

Su estado intelectual está perfectamente normal. Hay, es cierto, una emotividad exagerada, pero no hay pérdida de la memoria actual, ni ideas delirantes; tiene un temblor fino de la lengua, pero la palabra está perfectamente normal, no hay disartría. Por otra parte, no nos da antecedentes Lueticos que niega absolutamente.

Por lo general, el temblor de la parálisis general se presenta en el reposo, pero es sobre todo durante los esfuerzos en que se hace más notable su inaptitud. Así, por ejemplo, en el hecho de abrocharse el saco se nota la rudeza con que lo ejecuta, siendo a veces muy difícil para esta clase de enfermos el llegar a conseguir el objeto deseado, lo que no sucede en nuestro sujeto.

Además, en los trastornos caligráficos hay todavía una diferencia mayor, pues no solamente los paralíticos generales in-

curren en faltas graves de orden gramatical, pero aún en la construcción de las frases y llegando a la omisión de las letras, lo que da a la escritura de estos enfermos un aspecto enteramente clásico; en cambio en el caso presente el sujeto escribe perfectamente.

En el temblor de la enfermedad de Basedow podría también encontrarse un temblor semejante al del caso que presento, llegando a poder confundirse con esta enfermedad, pues tiene el temblor en sus líneas principales ciertos caracteres comunes.

En la enfermedad de Basedow, el temblor se acompaña de contracciones pupilares que no se observan en este sujeto.

Por otra parte, nos faltan los demás factores que caracterizan ésta, como ser el Bocio, la exoftalmia, la taquicardia, etc.

El temblor alcohólico podría también producirnos un caso semejante, pero aquí nos faltan también los antecedentes para confirmar el diagnóstico, pues el enfermo niega categóricamente el haber hecho uso del alcohol.

De modo que sólo después de haber excluído estos estados podemos recién confirmarnos en la idea de que es un temblor de origen neuropático, que nos lo comprueban además, los antecedentes del enfermo, la forma clínica del mismo — la dependencia íntima del temblor con las excitaciones psíquicas, y por último la terapéutica exclusivamente sugestiva que calma completamente el temblor.



CAPÍTULO VII

COREA HISTÉRICA. — CONSIDERACIONES CLÍNICAS. — OBSERVACIÓN PERSONAL. — HISTORIA CLÍNICA.

Una perturbación muy afine la que acabo de describir, esto es, los temblores a que nos hemos referido, es la que se manifiesta por movimientos más desordenados y no limitados a un miembro, y compuesta por oscilaciones más o menos rítmicas y más o menos lentas, sino independientes las unas de las otras, sin ritmo, sin oscilaciones, caracterizando un estado especial denominado Coreico, y, como lo digo anteriormente, tiene muchos puntos de contacto con la perturbación que acabamos de tratar, pero entra en un cuadro distinto y por ello lo hacemos independientemente.

Se llaman coreas o movimientos coreiformes a ciertas contracciones musculares involuntarias, dando lugar a movimientos de gran amplitud ordinariamente constantes y renovándose incesantemente por accesos, o interrumpiéndose durante el sueño y exagerándose con las emociones.

Estos movimientos tienen la particularidad de ser menos rápidos que los tics, pero sin ser tan lentos como en la atetosis.

Además, tienen una localización sumamente variable, generalizándose raramente a todo el organismo.

Generalmente empiezan por un miembro y se extienden luego al tronco, cuello y miembros del lado opuesto; en otros casos persisten localizados, originando entonces la hemicorea.

Cada una de estas localizaciones engendra complicaciones especiales; la musculatura se contrae, los labios se proyectan hacia adelante y el enfermo hace diferentes muecas, pasando súbitamente de una expresión de tristeza a una expresión de plácidez, concluyendo a veces en una risa exagerada.

La lengua sufre también oscilaciones continuas y hace difícil la deglución; dificulta la palabra, y las sílabas son entrecortadas por pausas y ruidos expiratorios.

Los ojos se convulsionan en diversas posiciones, y se han señalado igualmente movimientos pupilares, como también se han podido constatar

contracciones y dilataciones pupilares frente a un foco luminoso constante, dando lugar a un fenómeno de Hippius.

Cuando los miembros superiores son los que están atacados, el enfermo es incapaz de tomar un objeto, y luego sólo después de una cantidad de gesticulaciones y movimientos desordenados recién puede llegar a apoderarse de él.

Si nos servimos del procedimiento que empleamos ya cuando se trató de estudiar los temblores, haciendo tomar un vaso de agua y llevarlo a la boca, se observa una serie de movimientos que incomodan dificultando al enfermo el poder agarrar el vaso, pero una vez ejecutado este acto, puede llevarlo a la boca con la mayor facilidad, vaciando su contenido de un solo trago.

Cuando los miembros inferiores son los atacados, la marcha se hace difícil y el enfermo salta continuamente, y a esta manera tan particular de caminar, Trousseau la denominaba "marcha saltona".

En estos casos son fenómenos más leves, consistiendo en desigualdades del aspecto, en la proyección de los pies por fuera de la línea media durante la marcha, y otras veces en la proyección exagerada de las piernas hacia fuera en la marcha; algunas veces las perturbaciones pueden ser mucho más acentuadas, y entonces el enfermo se ve obligado a guardar cama por serle absoluta-

mente imposible la marcha, y aun en reposo los movimientos continúan y los pies y piernas se agitan en todo sentido.

Algunas veces las contracciones de los músculos torácicos y del diafragma traen, como consecuencia, la disnea o la irregularidad de la respiración.

Morano cita un caso muy común en los cosceicos, esto es, la alteración del ritmo respiratorio.

En un caso citado por este autor, la respiración había llegado a una tal perturbación que simulaba una disnea intensísima, llegando a contarse de 90 a 130 respiraciones por minuto cuando, en realidad, no era otra cosa que respiraciones entrecortadas y subdivididas en 3 y 4 tiempos.

Todos estos movimientos traen, como consecuencia, una serie de perturbaciones, de orden completamente diverso, algunos de origen mecánico, otros debidos a traumatismos, ya sea por la inseguridad de la marcha, y falta de coordinación en los movimientos, frotamientos, etc. Así, por ejemplo, ciertos rozamientos entre diferentes superficies, dan lugar a escoriaciones, pudiendo en ciertos casos ser el origen de abscesos o flemones difusos y varias afecciones de otra naturaleza.

La fuerza muscular está generalmente un poco disminuída.

Los reflejos tendinosos son por lo general normales en la corea.

Ahora bien; es necesario penetrarse de la diferencia que existe entre la corea y otros fenómenos más o menos afines como, por ejemplo, son ciertos temblores, y de esta manera poderla reconocer.

De modo, pues, que es de absoluta necesidad especificar cada una de estas especies afines para poderla diferenciar en sus múltiples particularidades.

Hemos estudiado anteriormente la característica de los temblores; ya sean de origen tóxico, orgánico o funcionales; los temblores se caracterizan por su ritmo, la regularidad de sus movimientos y la poca amplitud de sus oscilaciones; de modo que este carácter se opone muy netamente a los movimientos irregulares, arítmicos y amplios de los coreicos.

La atetosis doble es bastante semejante a la Corea, pues Brissaud piensa que estos dos síndromes podrían confundirse en un origen común y denominarse Atetosis-Corea.

Pero en la atetosis, los movimientos involuntarios son mucho más lentos y se acompañan generalmente de rigidez muscular.

La enfermedad de los tics puede también ser confundida en ciertos casos con la Corea; sin embargo, lo que la caracteriza es la rapidez y la brusquedad de los movimientos.

El tic es primitivamente comandado por una causa exterior o por una idea, y coordinado hacia un objeto por la repetición, pasando al estado crónico y reproduciéndose involuntariamente, y aunque se exagera en su forma, su intensidad o en su frecuencia guarda siempre la apariencia del acto inicial.

En los tics se trata de un conjunto de combinaciones que se reproducen sobre un grupo de músculos diferentes, y se comprende que la definición de estas perturbaciones puede, en algunos casos, impresionar como Corea.

Las mioclonias y en particular las paramioclonias múltiples, consisten en sacudidas musculares cortas, clónicas involuntarias, teniendo la rapidez de las sacudidas eléctricas, y no siendo sistemáticas sino más bien localizadas y repitiéndose a intervalos variables.

Como se desprende de lo dicho, la suavidad de los movimientos coreicos contrasta con la brusquedad de estas mioclonias.

Ahora bien, la Corea de origen funcional, en una palabra, la Corea Histérica puede presentarse generalmente bajo dos formas diferentes, constituyendo dos tipos distintos y estudiados independientemente, denominados Corea Rítmica y Corea Arítmica.

La Rítmica es la más frecuente, siendo por lo

general limitada su extensión, y dando comúnmente origen a la hemicorea.

Aunque también son frecuentes los casos en que abarca todo el cuerpo, cabeza, cuello y miembros, y se produce bajo forma de movimientos sistemáticos coordinados a la ejecución de una función unida por lo general, ciertos movimientos; de ahí la subdivisión en natatoria, saltatoria y maleatoria.

La Corea Arítmica es menos frecuente, ha sido señalada por Debove.

Esta forma es muy semejante a la Corea de Sydenham; los movimientos son involuntarios, regulares, contradictorios, y es debido a ésta que en muchos casos se ha llegado a sospechar una gran afinidad y parentesco entre Corea e Histeria.

Es a esta forma de Corea que se refiere la observación que presento y que tuve oportunidad de estudiar.

HOSPITAL CARLOS DURAND
SERVICIO DEL DOCTOR MARIANO R. CASTEX

V. — OBSERVACIÓN PERSONAL. — COREA HISTÉRICA ARRÍTMICA.

HISTORIA CLÍNICA

Observación personal:

J. S. de 58 años, español, viudo, foguista.

Antecedentes hereditarios:

Sin importancia.

Antecedentes personales:

A la edad de 14 años, recuerda haber tenido sarampión, a los 27 pulmonía, y blenorragia desde hace 6 años.

Es gran fumador y bebe moderadamente.

Enfermedad actual:

Hace tres años que empezó por sentir una gran sensación de frío en ambas piernas por encima de las rodillas, pero sin tocar la articulación coxo-femoral.

Después le apareció un temblor generalizado, que a veces sólo se notaba cuando hacía algún movimiento, persistiendo otras veces durante el reposo.

Además, se queja de una gran debilidad y pérdida de fuerzas, que la siente desde el comienzo de su enfermedad.

Niega antecedentes específicos.

Estado actual:

Sujeto de mediana estatura, de esqueleto y musculatura bastante bien conformados; no tiene edemas, ni cianosis, ni ictericia. Pupilas iguales, que reaccionan bien a la luz y acomodan bien a la distancia; no hay nistacmus.

Sensibilidad y motilidad de la cara intactos.

Lengua saburral húmeda.

Dientes en mal estado de conservación; fauces rosadas.

Reflejo faríngeo abolido.

Cuello sin ganglios, sin venas ni arterias.

Tórax corto, abombado enfisematoso, simétrico.

Excursión respiratoria algo disminuída.

Percusión, sonoridad.

Auscultación, respiración vesicular.

Vibraciones conservadas.

Hay poca tos, expectoración mucosa poco abundante.

Corazón, matitez normal.

D. T. 12 cm.

D. D. 3 cm.

D. I. 9 cm.

Auscultación, ligera acentuación del segundo tono.

Pulso, regular rítmico, frecuencia y tensión normales.

Abdomen paredes flácidas, indoloras a la presión, no se palpa nada anormal.

Hígado y bazo normales.

Espacio de Traube libre.

Extremidades superiores e inferiores, sensibilidad normal.

Motilidad y reflejos normales.

Marcha: cuando se le hace caminar o simplemente después de estar de pie un rato siente unos temblores difusos irregulares, de gran amplitud, que se extienden a los brazos y piernas, y sin una localización especial ni carácter determinado.

Están en íntima dependencia con la atención y la voluntad, y pueden provocarse voluntariamente o interrumpirse cuando se desvíe la atención.

Después de haber hecho un minucioso análisis de este enfermo, llegamos a las siguientes conclusiones.

Por la edad del sujeto que es un dato de importancia, pues la Corea es por lo general frecuente en los niños hasta los 12 años.

Vemos que no es una enfermedad crónica, de modo que tenemos también que descartar en este sentido la Corea de Huntington.

La Corea de Sydenham se establece por ataques cada vez más frecuentes, aquí se trata de una afección de conjunto que ataca por primera vez al sujeto.

Además, tenemos el hecho bien típico en la Corea crónica de la influencia de la voluntad en los movimientos, la que falta en la de Sydenham y que presenta nuestro enfermo.

Por otra parte, faltan también los desórdenes de la sensibilidad subjetiva, tan constantes en la Corea de Sydenham como también la hipotonía.

En fin, en una palabra, hoy día conocemos perfectamente el origen orgánico de la Corea, de modo que la falta de signos de irritación de la vía Piramidal e irritación cerebelosa, como son la hipotonía, el signo de la mano de Babinski, el fenómeno de la Pronación de Tho, la flexión combinada del muslo

y del tronco, el signo de Grasset y Gansel, las sineinesias, los signos de Babinski Openhium y Strumpell, que también faltan, y los síntomas cerebelosos como la Dismetria. Errores de tacto, la Diado-cinesia, etc., nos hacen descartar la posibilidad de una verdadera Corea.

Además, este cuadro clínico tiene alguna semejanza con la Corea, pero difiere en su esencia, pues ni en la Corea crónica o de Huntington tenemos caracteres semejantes a los de este caso, ni tampoco se podría considerarla como Corea de Sydenham.

El enfermo ha mejorado pronto, después de un tratamiento hidro-eléctrico, y se nota una sorprendente mejoría después de la primera sección, la que se acentúa considerablemente en las siguientes, desapareciendo los temblores y movimientos coreicos, confirmándonos en nuestro diagnóstico primitivo el resultado del tratamiento.

CAPÍTULO VIII

Mutismo Histérico. — Consideraciones Clínicas.

Entre las tan variadas manifestaciones de la Histeria, hay una que tal no haya llamado la atención mayormente como en realidad debiera serlo. Esta manifestación a que me refiero es el mutismo.

Entre los accidentes Históricos se puede decir que el mutismo es un fenómeno relativamente raro, y apenas se le encuentra mencionado en los trabajos antiguos sobre este sujeto y en un cierto número de observaciones más recientes había sido confundido con la afonía.

Briquet, por ejemplo, dice en su tratado, que la afonía o más a menudo la disfonía puesto que los enfermos pueden hablar en voz baja, se encuentra muy de tiempo en tiempo entre los Históricos.

Charcot es quien hace un verdadero y minucioso análisis sobre Mutismo Histérico.

Generalmente, el comienzo es brusco, sobreviniendo por lo común a consecuencia de un susto o una viva emoción de cualquier naturaleza, generalmente como la resultante de un ataque.

La curación es la regla, y estos fenómenos desaparecen en la misma forma en que se inician, pues de pronto el enfermo recupera la palabra, ya sea a consecuencia de otro ataque o de alguna otra nueva emoción, y aun sin causa aparente.

Otras veces no vuelve tan de pronto la palabra, quedando afónico durante un período de tiempo más o menos largo.

El mudo de origen Histérico — dice Charcot — es un individuo que a pesar de conservar los movimientos de la lengua y labios, en una palabra, la motilidad de la cara perfectamente conservada, como también la de las cuerdas vocales; sin embargo, le es absolutamente imposible el poder articular una sola palabra ni aun en voz baja.

El enfermo es, pues, un mudo en toda la acepción de la palabra, y Charcot dice que es más que mudo, insistiendo en este carácter, en que el mudo orgánico y el sordomudo de nacimiento puede gritar aunque no articula frases. Mientras que el Histérico es completamente afónico, por lo general de una manera absoluta.

Ahora bien; este mutismo no tiene por causa ni la laringe, ni las cuerdas vocales, constituyendo un fenómeno completamente independiente de la voz laríngea.

Además, el mudo Histérico ha conservado su inteligencia, al punto de constituir un carácter especial para determinar la naturaleza de este accidente. El mudo Histérico no sólo tiene una gran aptitud para asimilar todo lo que recoge por sus oídos y la vista, sino que además, y esto es tal vez el más interesante de todos los signos que presenta, es la mímica expresiva del mudo Histérico.

Es tal el deseo que tienen de comunicarse estos enfermos que tratan de atraer la atención del médico por sus gesticulaciones y visajes, y cuando éstos no le resultan bastante explícitos recurre a la escritura, siendo éste el medio más común para explicarse.

De manera que, resumiendo, el síndrome de mutismo Histérico está caracterizado por un comienzo brusco rápido, generalmente a consecuencia de una emoción con una imposibilidad absoluta en el uso de la palabra como en la emisión de sonido, conservando, sin embargo, la motilidad perfecta de todo el aparato fonador.

La más característica de todas las manifestaciones y la que más pueda servir al clínico para

orientarlo en estos casos, es el conjunto del estado intelectual del enfermo, y es tan característico que basta observarlo una sola vez para hacer inconfundible el diagnóstico.

HOSPITAL CARLOS DURAND

SERVICIO DEL DOCTOR MARIANO R. CASTEX

VI. — OBSERVACIÓN PERSONAL. — MUTISMO HISTÉRICO Y CRISIS CONVULSIVAS.

HISTORIA CLÍNICA

L. S. pintor, recuadrador, de 22 años, argentino soltero.

Antecedentes personales:

No recuerda haber estado nunca enfermo hasta la edad de 19 años, en que tuvo una blenorragia de la que curó al poco tiempo.

En la pierna derecha presenta una gran cicatriz a consecuencia de una úlcera producida por una patada jugando al foot-ball.

Es buen fumador y buen bebedor.

Niega antecedentes específicos.

Enfermedad actual:

Data de 1909 después de la muerte de su padre.

Comienza por sentir opresión en el pecho y palpitaciones en el corazón, provocándole un ligero dolor en la región precordial.

Sigue así hasta la edad de 18 años en que desaparecen todos sus dolores, y gozando de buena salud por espacio de un año

Luego a consecuencia de ciertos disgustos de carácter privado vuelve a sentir de nuevo la afección anterior, las palpitaciones se volvieron a hacer frecuentes, y a causa de cualquier disgusto, por mínimo que fuera, le sobrevienen ataques que el enfermo describe de la siguiente manera

Siente un aturdimiento en la cabeza y empieza a temblar, cae sin sentido y no se acuerda de nada hasta que se despierta.

Ultimamente, el 14 de Abril de este año, pensando en su mala suerte le vino un ataque en la calle, a consecuencia del cual está mudo.

Estado actual:

Esqueleto bien conformado, sujeto robusto, buena musculatura, panículo adiposo escaso, buen estado de nutrición.

Pupilas iguales regulares que reaccionan bien a la luz y a la acomodación.

Lengua húmeda rojiza.

Dientes bien implantados y muy bien conservados.

Cuello cilíndrico bien conformado no hay ganglios.

Tórax, simétrico, bien conformado, buena excursión respiratoria, vibraciones normales.

Percusión, sonoridad.

Auscultación: Respiración vesicular en todas partes. Broncofonía.

Corazón: Diámetros normales

D. T. 12 cm.

D. D. 3 cm.

D. I. 9 cm.

Tonos limpios en todos los focos; no hay ruidos sobre agregados.

Pulso, rítmico, regular, buena tensión.

Abdomen, globuloso, doloroso a la presión en el punto de Mac-Burney.

Hígado, normal.

Bazo, no se palpa.

Espacio de Traube, libre.

Miembros normales, los reflejos generalmente conservados los normales; no existen reflejos patológicos.

Orina: No hay albúmina ni glucosa; densidad 1012; reacción ácida; cantidad en las 24 horas 1500 grs.

No hay temperatura.

Ahora bien; este es el cuadro clínico del sujeto, y como se desprende de su lectura, no existe ningún otro fenómeno fuera de sus crisis convulsivas y su mutismo.

Este enfermo llama desde el primer momento la atención del que lo interroga, permanece impasible mientras se le dirige la palabra hasta que ve que cansados de interrogarle desisten de su objeto, entonces comienza una mímica expresión aunque completamente afónica, tratando de explicarse por gestos y visajes.

Cuando ha tratado de explicarse un rato en esta forma, toma un lápiz y un papel y contesta perfectamente a las preguntas que se le hacen. En este estado permanece toda una semana, desde el día de su ingreso hasta el domingo en que, a consecuencia de la visita que le hacen sus parientes y amigos,

le sobreviene otro ataque y vuelve a recuperar de nuevo el uso de la palabra.

Pocos días después vuelve de nuevo a su mutismo, y esta vez sin ataque previo.

Entonces se le hace saber que si no habla se le dará el alta del Hospital y vuelve a recuperar la palabra manteniéndose en este sentido por espacio de algún tiempo hasta que abandona el Hospital sumamente mejorado.

CAPÍTULO IX

Tos Histérica. — Observación personal. — Consideraciones clínicas.

Otro caso de observación que incluyo entre las varias manifestaciones de la Histeria que hemos ya enumerado es un caso de tos histérica.

Este accidente es relativamente poco común el encontrarlo descripto, debido posiblemente a que en muchos casos haya pasado inadvertida o confundida su etiología.

La tos histérica se manifiesta por lo general en forma de espasmos respiratorios en series o aislados, separados por intervalos más o menos largos y reproduciéndose en ciertas ocasiones a horas determinadas.

Generalmente procede por crisis de tos violenta, incesante, a veces precedida por un aura subjetivo, entrecortado otras veces por convulsiones y en un acceso delirante o poliúrico con las orinas características del paroxismo.

Esta tos no se acompaña jamás de antecedentes pulmonares ni da nunca fenómenos ni auscultatorios ni expectoración ni disnea; su comienzo es brusco y casi siempre como consecuencia de un ataque o alguna emoción.

Esta tos puede constituir el único signo de la neurosis, aunque en otros casos se presente acompañada de todas las características manifestaciones de la histeria, de donde se desprende que según los casos sea mayor o menor la tarea del clínico en dilucidar el fenómeno de la tos entre todas las lesiones orgánicas que puedan producirlo.

En cuanto a su duración acusa la misma variabilidad de todos los fenómenos histéricos, de manera que llega en algunos casos a continuarse durante semanas y meses sin que se pueda llegar a dominarla, ni aun a aliviarla, llegando a transformarse, como se ha visto, en crisis convulsiva, ataques delirantes, vómitos, paraplegía, y hasta coincidir con afonía, dificultando hasta lo increíble la tarea del médico.

El caso cuya observación presento es el de un sujeto de 36 años, español, peón, soltero.

HOSPITAL CARLOS DURAND

SERVICIO DEL DOCTOR MARIANO R. CASTEX

Tos Histérica.

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes hereditarios: Sin importancia bajo el punto de vista neuropático.

Su padre murió de bronquitis; su madre vive y es sana; tiene tres hermanos sanos.

Antecedentes personales:

No recuerda haber tenido ninguna enfermedad en su infancia; recién a los 20 años contrajo una sífilis, y luego a los 27 años malaria.

No es ni bebedor ni fumador.

Enfermedad actual:

Hace cuarenta días que se queja de una tos seca, pero que no le molesta mayormente hasta el punto de permitirle continuar con su trabajo.

El día anterior al de su ingreso al Hospital se sintió peor, aumentando de tal manera su tos, que le incomodaba muchísimo y se quejaba de un fuerte dolor en la región lumbar y en los flancos.

Estado actual:

Sujeto de regular estatura, buena musculatura, panículo adiposo abundante, piel seca sin edemas ni ictericia, ni anemia.

No hay ganglios superficiales palpables en las ingles, ni axilas, mucosas rojizas.

Ojos: pupilas iguales, reaccionan bien a la luz y a la acomodación.

Lengua limpia, húmeda; fauces normales, dientes bien implantados y en buen estado de conservación.

Cuello corto, amplio, sin ganglios palpables; no hay latidos arteriales ni venosos.

Tórax, bien conformado, simétrico, con buena excursión respiratoria.

A la palpación, percusión y auscultación, no hay nada anormal; murmullo vesicular franco por todas las superficies de ambos pulmones; no se oyen ruidos anormales.

Tos: Muy frecuente, convulsión por accesos a forma coqueluchoide, repetidos dos o tres veces seguidas y de algunos minutos de duración.

Esta tos es relativamente bien soportada por el sujeto, no se cianosa la cara ni hay ingurgitación venosa en el cuello.

Luego viene un período de calma más o menos largo, y sobre todo muy irregular; a veces se repiten los accesos consecutivamente durante horas seguidas, mientras otros días sólo le aparecen algunos muy espaciados.

No hay expectoración.

Corazón: la punta se delimita en el quinto espacio intercostal izquierdo.

La percusión perfectamente normal nos revela.

12 cm. D. T.

8 cm. D. D.

9 cm. D. D.

Tonos limpios, sin ruidos agregados.

Pulso rítmico, frecuencia normal, buena tensión.

Abdomen blando, globuloso, elástico, sin ascitis ni circulación venosa; no se palpa nada anormal.

No hay bazo.

Hígado normal.

Espacio de Traube libre.

Sistema nervioso, reflejos normales algo disminuídos los tendinosos.

Reflejo cutáneo plantar muy exagerado, no hay Babinski.

El reflejo cutáneo abdominal está algo exagerado.

El reflejo faríngeo no existe.

Sensibilidad: hay exageración de la sensibilidad sin haber hiperestesia.

Sensorialidad completamente perdida.

Motilidad normal en todos los miembros.

Al examen psíquico, es un individuo poco inteligente, que cree estar atacado de bronquitis, la misma cosa de que murió su padre.

Su mentalidad está conservada, no tiene alucinación.

Su memoria normal; no hay disartría; es muy conversador y se place en hablar de su enfermedad comparándola siempre con la de su padre.

Tal es el cuadro clínico que nos presenta el sujeto. Lo que más nos llama la atención es la presencia de su tos, por decirlo así, monstruosa y sin estar acompañado de fenómenos pulmonares, revelables a la auscultación y percusión, y sin expectoración en un sujeto que no tiene en sus accesos la más mínima sofocación.

Podría ser una coqueluche, una adenopatía tráqueo-bronquica o una compresión de cualquier otra causa.

Para adenopatía nos faltan todos los síntomas de compresión mediastinal; no hay edemas de los párpados, no hay cianosis de la cara, ni ingurgitación venosa ni disnea.

A la percusión no hay ningún signo que pueda revelarnos la presencia de un cuerpo extraño en la región torácica; no hay matitez ni submatitez; el corazón y la aorta se delimitan perfectamente.

La edad está también en contra de esta afección; un aneurisma podría traernos esta tos como consecuencia de irritación del frénico, pero no hay ningún signo externo de tumor; no hay bóveda ni retardo del pulso; a la auscultación se oyen los tonos perfectamente normales, de modo que no se puede ni siquiera pensar en ningún tumor que pueda producirnos este cuadro.

Pues ningún tumor de mediastino puede producirnos como único síntoma una tos a accesos coqueluchoides como la del sujeto que estudiamos y sobre todo en una forma tan característica.

Un cáncer de esófago podría darnos tos, pero tendríamos disfagia vómitos especiales que faltan en el enfermo, la caquexia que determina, en fin un conjunto clínico muy diferente.

En una palabra, no se debe pensar en una lesión orgánica en un sujeto que no tiene ningún signo que pueda afirmarnos en esa opinión.

Solamente una afección neuropática podría traernos este fenómeno de tos y sobre todo tan característica, y solamente la Histeria es capaz de una sintomatología tan vaga.

Con esta idea se le hacen al enfermo varias aplicaciones de electricidad farádica, en grandes electrodos que se le colocan en la región torácica posterior, uno y el otro en el pecho.

A las cuatro secciones que se le hicieron al enfermo no tosía ya casi nada, y después de seis más, la tos había desaparecido completamente.

BIBLIOGRAFÍA

ÍNDICE ALFABÉTICO

- ANSELMI.—*Concepción del estudio histórico y clínico de la Histeria*. "Rev. Neurolog". Année 1907.
- APTE MAURICE.—*Les stigmatisées*. Etude historique et critique sur les troubles vaso-moteurs chez les Hystériques. Thèse de Paris. 1903.
- BABINSKI.—*Associations de l'histétrie, etc.* "Bult. de la Soc. de Méd. des Hôp. de Paris". 11 Nov. 1892.
- BABINSKI.—*Contractures Organique et Hystérique*. "Bul. de la Soc. Médicale des Hôp. de Paris". 1893.
- BABINSKI.—*Définition de l'Histérie*. Soc. de Méd. de Paris. 7 Nov. 1901. "Rev. Neurologique".
- BABINSKI.—*De la migraine ophthalmique hystérique*. "Progrès Médical". 1891.
- BABINSKI.—*De l'épilepsie espinal puste*. Société de Neurol. de Paris. 1.º Mars. 1906. "Rev. Neurologique".
- BABINSKI.—*Démembrement de l'Histérie traditionnelle*. Pithiatisme. "Sem. Méd". 1909.

- BABINSKI.—*Diagnostic Différenciel de la Hémiplégie organique et de la Hémiplégie Hystérique*. "Gaz. des Hôp". 5 et 8 Nov. 1900.
- BABINSKI.—*Hypnotisme et Hystérie*. "Gaz. Hebd. de Méd. et Clin". Jul. 1891.
- BABINSKI.—*L'hypnotisme*. "Sem. Méd". 1910.
- BABINSKI.—*Ma conception de l'Hystérie, etc*. Chartres. 1906.
- BABINSKI et DAGNAN BOUVERET.—*Emotion et hystérie*. "Journ. de Psycholog". 1902. N.º 2.
- BABONNEIX.—*Le développement de l'Hystérie dans l'enfance*. "Gaz. des Hôp". 1904. S. 1408.
- BALTHAZAR, CESTAN, etc. — *Pathologie interne*.
- BECKER.—*Die Simulation*. Leipzig. 1908.
- BERNHEIM.—*Définition et traitement curatif de l'Hystérie*. "Rev. Gén. de Clin. et de Thérap". 1907.
- BERNHEIM.—*Neurasténies et psychonévroses*. Paris. 1908.
- BERNHIM.—*Division du Chapitre des névroses et psychonévroses*. "L'encépale". 1911.
- BIANCHI.—*L'hystérismo*. Bologna. 1914.
- BIDART.—*Médecine des Grecs antérieurs à Esculape*.
- BINET.—*Sur les altérations de la conscience chez les Hystériques*. "Rev. Psycholg". 1889.
- BINS WAGNER.—*Die Histerie*. Wien. 1904.
- BOMOUGAT.—*De l'attaque convulsive de Toux hist-rique*. Thèse de Bordeaux. 1905.
- BONINS.—*Crampe des écrivains et torticolis d'origine mental*. "Nov Journal". 1905. N.º 2.
- BOUCARUT C.—*Observation de tremblement Hystérique*. "Rev. de Med". Jul. 1904.
- BOUQUET et ANGLADA.—*Contracture hystérique généralisée*. "Gaz. des Hôp". 1909.

- BOURNEVILLE.—*Ce que deviennent les Hystériques*. "Le Progrès Médical". 1906. S. 611.
- BRACHET.—*Traité de l'hystérie*. Paris. 1847.
- BRIQUET.—*Traité de l'hystérie*. Paris. 1859.
- BRISAUD, PINARD et RECLUS.—*Nouvelle pratique médico-chirurgicale*. Tomo V. De l'Hystérie.
- BROCA A. et HERLINET.—*Attitudes nerveuse par contracture hystérique chez les enfants*. Nov. icon. 1905.
- CHARCOT.—*Leçons sur les maladies du système nerveux*. Paris.
- CHARCOT.—*Leçons du mardi*. "Sconographie Photographique de la Salpêtrière". Années 1876, 77, 78.
- CHARCOT, BRISAUD, etc.—*Traité de Médecine*. Tomo X. Du système nerveux.
- CHAUREAU.—*De la fièvre hystérique*. "Journ. de Méd. int". Nov. 1906.
- CRUCHET.—*Sur l'Amblyopie Hystérique monoculaire*. "Archiv. de Méd". 1906.
- DEBOVE et SALLAIRD.—*Traité de clinique semiologique*.
- DEJERINE et FERRY.—*Sur un cas de contracture du médus de la main droite guéri*. "Rev. de Neurol". 18. 1910.
- DESCHAMPS.—*Le rire hystérique*. Thèse de Bordeaux. 1905.
- DEVAUX et LOGRE.—*Amnésie et fahilation*. Nov. inconograf. 1911.
- DIEULAFOY.—*Clinique médicale*.
- DIEULAFOY.—*Pathologie interne*.
- DUBOIS.—*Conception psicologique de l'origine des psicopaties*. "Arch. de Psychologie". 1910. N.º 37.
- DUCTIL.—*Trembrements hystériques*.
- DUMAS et MALLOIZEL.—*L'expression poliglandulaire des émotions*. "Journ. de Psicolog". 1910. S. 62.
- DUPRÉ et LOGRE.—*Histérie et mithomanie*. "L'encépale". 6. 1911. N.º 5383.
- ESTRABAUNE.—*Les faux urinaires*. Thèse de Paris. 1899.

- ETIENNE.—*Ulcère utero-vaginal phagendénique et gangrène cutanée de nature hystérique*. "Rev. de neurolog". 1906. N.º 2.
- FERÉ.—*Notes pour servir à l'hystérico Epilepsie*. "Archiv. de neurolog". 1882.
- FERRARI.—*L'emozione et la vita del subconsciente*. Bologna.
- TOUQUET.—*Deux cas d'alopecie circonscrite de cuir chevelu consécutive à un choc nerveux*. "Bull. de la Soc. de Derm". 1913.
- GENEVRIER.—*Troubles vaso-moteurs chez un Hystérique*. "Nov. iconog de la Salp". 1904.
- GILLES DE LA TOURETTE.—*Traité clinique et thérapeutique de l'Hystérie*. Paris. 1891.
- GRASSET.—*La sensation du déjà vu*. "Journ. de Phisiol.". 1904.
- GRASSET.—*Coxaigie hist. etc.* "Gaz. hebd. des Hôp". 1905.
- HARTENBERG.—*L'hystérie et les Hystériques*. Paris. 1910.
- HUCHARD.—*Caractère, mœurs et état mental des hystériques*. "Archv. de neurolog". 1882.
- INGENIEROS.—*Afemia funcional Histérica*.
— — *Mutismo Histérico*.
- JACCOUD. — *Pathologie interne*.
- JANET.—*Les psichonervoses*.
- JANET.—*L'état mental des Hystériques*.
- JANET.—*Théories modernes sur la genèse de l'hystérie*. Amsterdam. 1907.
- JANET P.—*Folies et idées fixes*.
- JANET P.—*Hystérie et sonambulisme*. "Revue scientifique". 1888.
- JOLLNY.—*Hystérie*.
- JOURDAN.—*Hystérie et suicide*. "Rev. de l'hipnotisme". 1909.
- LAFON et TEULLIERES.—*Midriasis hystérique*. "Nov. iconog". 1907.

- LANDOVZY.—*Traité complet de l'histérie*. Paris. 1848.
- LASEGUE.—*Anesthésie et Ataxie Hystérique*. "Arch. génér. de Méd". 1864.
- LAURENT.—*De l'état mental des Hystériques*. "Archiv. de clin". de Bordeaux. 1892.
- LEGRAND DU SAULLE.—*Les hystériques*. Paris. 1883.
- LIEBEAULT.—*Du sommeil et des états analogues*. Paris. 1866.
- LUQUE.—*Mutismo hystérico*. Tesis de la Fac. Nac. de Córdoba. 1906.
- MAKUEN.—*Mutismo hystérico*. "Rev. Neurol". 1907.
- P. MARIE.—*Pratique neurologique*.
- MASANO.—*Tos hystérica*. "Rev. Neurol". 1907.
- MATHIEU et ROUX.—*Un cas de Hemorialmese*. "Gaz. des Hôp.". 1905.
- MAURICE FLEURY.—*Maladies du système nerveux*.
- ONANOFF.—*La perception inconsciente*. "Archiv. de Neurol". 1890.
- PARINAUD.—*Anesthésie de la rétine*. Belgique. "Bul de l'Académie Royale de Méd". 1886.
- PITRES.—*Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*. Paris. 1891.
- RAYMOND.—*Anorexie hystérique*. Paris. "Jour. de Méd. et Chirurg. prat". 1905.
- RAYMOND.—*Considérations générales sur l'hystérie*. "Rev. Neurolog". 1907.
- REGIS.—*Précis de Psychiatrie*.
- REGIS.—*Simulation de la folie et syndrome de Ganzer*. "Rev. de Méd. légale". 1912.
- RICHER.—*Etudes cliniques sur la grande Hystérie*. Paris. 1885.
- RIMBAUD et ROGER.—*Polyurie nerveuse*. "Progrès. Méd". 1909.
- ROUX J. C.—*L'hystérie digestive. Caractères distinctifs et formes cliniques*. 1912.

- SAKORRAPHOS.—*Sur un cas d'occlusion intestinale d'origine Hystérique*. "Progrès Méd". 1904.
- SALVAZES et BOUSQUET.—*A propos d'un cas d'allochirie sensorielle*. "Rev. Neurol". 1905.
- SARINEAU.—*La mydriase hystérique n'existe pas*.
- SAURINEAU.—*La ptose paralitique dans l'hystérie*. "Rev. de Neurol". 1907.
- SCHNYDER.—*Définition et nature de l'hystérie*. Genève. 1907.
- SOLLIER.—*Genèse et nature de l'hystérie*. Paris. 1897.
- SOLLIER.—*Le soi-disant démembrement de l'hystérie*. "Journ. de Neurol". 1909.
- SOLLIER.—*Théorie physiologique de l'hystérie*. "Journ. de Neurol". 1904.
- SOUQUES.—*Monoplegie Braquial parelectrización*. "Rev. Neurol". 1910.
- STRÜMPPELL.—*Pathologie générale*. Tomo IV. Maladies du système nerveux.
- TENIER.—*Accidents hystériques d'imitation*. "Progrès Méd". 1906.
- VOGT.—*Sur la genèse et la nature de l'hystérie*. XIII.^e Congrès int. de Méd. "Arch. de Psichit". 1908.
-

Buenos Aires, Octubre 15 de 1914.

Nómbrese al señor Consejero Dr. Domingo Cabred al profesor titular Dr. Ignacio Allende y al profesor suplente Dr. José T. Borda para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4.º de la "Ordenanza sobre exámenes".

L. GÜEMES.

J. A. Gabastou

Secretario.

Buenos Aires, Noviembre 24 de 1914.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 2898 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

L. GÜEMES.

J. A. Gabastou

Secretario.

30690



PROPOSICIONES ACCESORIAS

1.^o Clinoterapia en la histeria.

Dr. CABRERO.

2.^o Algias histéricas.

L. A. ALLENDE.

3.^o Hemiplegia histérica y Hemiplegia Orgánica.

J. D. BORDA.

