



395

12
10
18



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Sobre un caso

de

Neurosis traumática

Francisco Leobaut.

15 oct. 1892



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Sobre un caso
de
"Neurosis traumática."

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

En la clínica de Enfermedades Nerviosas del profesor Sr. Agustó Orrego Luco he tenido ocasión de estudiar un caso muy interesante de la afección denominada antes "Railway-spine" mas tarde "Railway brain" i hoy día con el de "Neurosis traumática".-

La exposición detallada de la observación, precedida de un corto estudio de la historia i naturaleza de la afección constituyen el presente trabajo.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

El primero que llamó la atención sobre las enfermedades nerviosas consecutivas a los accidentes de Ferro-carriles fué Erichsen que en 1866 publicó un trabajo titulado "On railway and other injuries of the nervous system". -

En su trabajo se refiere solo a los casos en que no existe ni fracturas ni luxación de la columna vertebral, ni lesiones anatómicas de las meninges medulares. - Atribuye los síntomas a una conmoción medular, cuyo resultado permanente sería después el de una inflamación de la médula o de sus membranas.

Recordando el momento etiológico y el sitio principal de la lesión clasificó estos estados con el nombre de "Railway-spine", denominación que había sido empleada ya antes por algunos médicos ingleses.

Erichsen no desconoce que otra clase de traumatismos pueden dar lugar a los fenómenos de Railway-spine, pero es sobretudo en los accidentes de Ferro-carril donde se reúnen mayor número de circunstancias favorables al desarrollo de la afeción de que nos ocupamos.

Después del trabajo de Erichsen



prontó aparecen en Inglaterra i Estados- Unidos un gran número de trabajos, publicados en los años 67 a 69, en los cuales se trata de dilucidar cual es la naturaleza de la afección i cuales son los signos que nos permiten distinguir los casos verdaderos de los simulados. Tales son los trabajos de "Sjpmé", "Morris", "Lavoré" i principalmente el de "Little" en el cual habla de un caso grave de paraplegia por conmoción medular i que curó completamente.

En Alemania, solo en 1871 época en que se dictó la lei "de Indemnizaciones" por accidentes de Ferro-carril comienzan los médicos a ocuparse de la cuestión. - Las primeras opiniones emitidas se encuentran en los tratados sobre "Enfermedades de la Médula" de los profesores "Leyden" i "Erb". - Estos autores refieren las alteraciones funcionales graves que resultan de los traumatismos violentos a cambios moleculares en la sustancia nerviosa misma de la médula. Estas perturbaciones enfundrarian posteriormente un proceso inflamatorio crónico o sea una meningomielitis. - A estos fenómenos medulares se unirian perturbaciones cerebrales mas o menos graves.

Mas tarde en 1876 Bernhardt comunicó observaciones muy importantes sobre la materia i da como origen de las manifestaciones patológicas



una afección del cerebro i de la médula. - Nada nos dice sobre la naturaleza de la afección cerebral i en cuanto a los síntomas medulares los refiere a una meningio-mielitis crónica. -

Por esta misma época, 1878, "Westphal," presentó a la sociedad médica de Berlín un caso de "Raylway-spine" i atribuye los fenómenos observados al desarrollo de una esclerosis múltiple diseminada. - En otro caso descrito por el mismo autor, los accidentes que habria determinado un choque de trenes, serian del todo análogos a los de la epilepsia. -

Un año mas tarde, 1879, encontramos el trabajo de "Rigler" en el cual publica su estadística sobre accidentes por Ferro-carril i hace notar que despues de la promulgacion de la lei de "Indemnizaciones" el número de invalidos por dichos accidentes es 9 veces mayor que antes. -

En su trabajo se esfuerza Rigler por determinar que signos permiten distinguir los verdaderos de los simulados i llega a la conclusion de que todas las alteraciones funcionales se deben a una meningio-mielitis o a una mielitis simple; i que cuando los síntomas no corresponden al cuadro de una de estas afecciones se puede establecer con seguridad que se trata de la simulacion. - Pero apesar de todo Ri-

4. gler mismo reconoce que hai casos en los cuales es imposible decidir si se trata de perturbaciones funcionales, de lesion organica o de simulacion.

Al mismo tiempo que Bigler, "Obersteiner" en Viena publica su tratado sobre las "Convulsiones Medulares" i cree que los fenomenos dependen de un cambio molecular en los elementos nerviosos de la médula. - Si la modificacion producida por el traumatismo no es muy intensa pronto se restablece el estado normal; en el caso contrario este cambio enfendra un proceso mielitico.

En esta misma época, 1880, en Norte-America, "Hodges" espone con motivo de una discusion en la "Sociedad Médica de Boston" que los sintomas atribuidos a las "sacudidas medulares" son debidos a lesiones organicas: hemorragias meningeas o medulares, con meningomielitis consecutivas i que siempre es posible distinguir estos casos de la histeria o la simulacion por los sintomas objetivos. - A este propósito diremos que ya un año antes el médico ingles "Gowers" habia observado en la autopsia de un caso, de paraplejia grave producida por un accidente de ferrocarril, destrucciones en foco de la sustancia gris y blanca de la médula. - Hodges dice tambien haber observado un caso de railway spine

que presentaba síntomas análogos al de la parálisis asitante.

Nuevos progresos realizan las publicaciones de Moëli relativas a las perturbaciones siquicas por accidentes de Ferrocarriles.

De nuevo volvemos a encontrar trabajos de "Hodges" en 1881 en los cuales distingue aquellos casos en que existe alteración orgánica de la medula, de los que son notables solo por los síntomas subjetivos. - Estos últimos se prestan a la simulación.

Hodges no precisa los medios de establecer el diagnóstico entre la neurosis i la simulación i se ocupa casi exclusivamente de aquellos casos en que el criterio objetivo permite afirmar la existencia de una afección medular.

Expone además que el simple estiramiento de los ligamentos vertebrales, i de los músculos del dorso i de las fascias son suficientes para producir aquellas molestias que se describen con el nombre de "spinal concussion". -

Por primera vez en 1883, Walton i Putnam llaman la atención sobre la hemi-anoestesia histérica como síntoma del railway spine i emiten la idea de que todo el complejo sintomático tiene un origen cerebral. -



7

En el Año siguiente i sin tener conocimiento de las publicaciones hechas en Estados Unidos por los autores que acabo de citar, "Oppenheim" i "Thomson" hablan sobre las Anestias consecutivas a traumatismos de la cabeza o a una conmocion General de todo el cuerpo. - Exponen que la Anestesia sensorial i la hemi-anestesia no prueban la naturaleza histerica de la afeccion. - La estabilidad de los fenomenos, el estado psiquico de los enfermos, i la perdida de la reaccion pupilar, la atrofia del nervio optico i otras perturbaciones graves que se presentan en no pocos casos excluyen la idea de una neurosis. -

Por esta misma época, 1885, Charcot, en Francia emite la opinion de que el railway-spine no es sino una manifestacion de la histeria en el hombre i cita en apoyo de su tesis una serie de observaciones que hemos encontrado consignadas en su *Iconografía* del año 88 al 89.

Con motivo de las opiniones emitidas por el profesor de la Salpêtriere, Oppenheim analiza once casos de neurosis traumática i llega a la conclusion de que estas manifestaciones sintomaticas no constituyen una entidad patológica por cuanto en muchos casos se encuentran combinados los sinto-

mas de una psicosis con los de una Neurosis i en otros mucho mas numerosos existen signos de una enfermedad orgánica de marcha velada, tórpida.

Los estudios posteriores de "Page" de Londres en 1885 contradicen las teorías de Erichsen, Leyden, Erb. etc. i para éste autor la sacudida medular no es suficiente para determinar un proceso inflamatorio en la médula ni en sus cubiertas. - De acuerdo con Charcot considera la afección de naturaleza histérica o neurasténica.

En el mismo Año de 1885 encontramos el trabajo de "Kalliefé" de Berlin para quien existen además de aquellos casos en los cuales no hai lesión anatómica i cuya naturaleza seria la histeria, otros en los que existe una lesión orgánica en la médula, en el cerebro o en las meninges aun cuando estas lesiones no pudieran ser siempre conocidas. -

De mucha importancia son las experiencias de Charcot en 1886, publicadas en sus "lecciones del Martes" en 1888, que han tenido por objeto dilucidar como el traumatismo provoca la aparición de fenómenos histéricos. - Charcot considera la afección como de origen psíquico i estima que el terror es el factor principal en el desarrollo de la neurosis traumática. -



Charcot llega a la demostración experimental de su opinión, sugestionando a las personas durante el sueño hipnótico la idea de una parálisis, de una contractura o de una anestesia de tal o cual miembro. De esta manera consiguió provocar fenómenos paralíticos en todo análogos a los determinados por los traumatismos.

Por último diremos que en el Congreso Internacional de Medicina que tuvo lugar en Berlín en Agosto de 1890 no se llegó a conclusión definitiva sobre la naturaleza de la afección ni se estableció tampoco si existen o no síntomas objetivos que permitan distinguir los casos verdaderos de los simulados.





Antes de esponer la historia del caso que he observado consignaré sucintamente las ideas emitidas sobre la "Naturaleza de la enfermedad."

La Antigua teoria de Erichsen aceptada por Leyden i Erb i desarrollada mas tarde por Obersteiner que atribuye los sintomas a un proceso Meningo-mielitico consecutivo al estreñimiento medular i la teoria de Rigler que admite la produccion de derrames intra-meningeos no pueden sostenerse hoy dia.

En realidad un traumatismo de la columna vertebral o un estremecimiento de todo el cuerpo puede dar lugar al desarrollo de una afeccion organica de la medula; pero sucede esto en tan reducido numero de casos que no pueden servir de base a una teoria jeneral.

De modo pues que las afecciones designadas con el nombre de "Rayway-spine" entran cada dia mas en el grupo de las neurosis funcionales.-

Al principio se atribuyo el desarrollo de la enfermedad a los cambios materiales originados por la conmocion traumatica i solo mas tarde se comprende la importancia de la



excitación psíquica, de la impresión moral, que se apodera del enfermo en el momento del accidente.

Si bien es cierto que desde hace tiempo los médicos ingleses conocían las "parálisis por terror" es solo en este último tiempo que se han considerado los desordenes nerviosos consecutivos a los accidentes traumáticos como dependientes, en gran parte, del shock psíquico que experimenta el enfermo.

No puede negarse que muchos síntomas de la "Neurosis traumática", tales como los dolores lumbares, la sensibilidad a la presión en toda la región vertebral, la actitud particular i la pseudo-parésia, son la consecuencia del estiramiento o aun desgarradura de los músculos, de las fascias i de los ligamentos de la columna vertebral.

Hoydavía mas, Page afirma que la exasperación brusca de las curvaturas de la columna vertebral son capaces también de producir lesiones en las raíces de los nervios i a ellas estarían subordinadas las perturbaciones de la sensibilidad "anestésias", "parestésias" que se observan.

Veamos ahora, qué papel desempeña el shock psíquico, o en otros términos que manifestaciones funcionales son de su dependencia i porque mecanismo las produce.

La impresión Moral determina un estado muy semejante al hipnótico; esta fue la teoría ideada por Page i demostrada mas tarde experimentalmente por el profesor Charcot.

Charcot provoca durante la hipnosis, parálisis, o alteraciones de la sensibilidad análogas a las determinadas por el traumatismo i estima que estos fenómenos deben considerarse como psíquicos, "ideosenos".

De aquí deduce que el terror determina un estado hipnótico aun en individuos no histéricos se manifiesta en el sitio afectado (shock local) una parálisis motora i sensitiva que en general es pasajera, pero que en ciertas personas se hace permanente por la auto-sugestión. - Así se explica que la parálisis se manifiesta en el mismo lado afectado por el traumatismo

Charcot considera la afección como de naturaleza histérica i la denomina "histeria-traumática"; pero en sus últimas publicaciones reconoce que hai casos en los cuales existen fenómenos neurasténicos o de enajenación mental.

Para Oppenheim, i Schultze i otros la "Neurosis traumática" no constituye una modalidad patológica bien definida. Para vez se trata



segun ellos, de una psicosis netá, como la melancolía, la hipochondria o la demencia i muy raro que tome la forma típica de la histeria, de la neurastenia o de la epilepsia. En la mayoría de los casos se presentan formas "Mistás" que difieren del tipo comun que afectan las enfermedades mencionadas.

En resumen la Neurosis traumática no constituye una entidad patológica. -

Los síntomas que la caracterizan pertenecen o a la histeria, o a la Neurastenia o a la epilepsia, i en muchos casos a los síntomas de estas neurosis van unidos alteraciones psíquicas.

Ahora bien, últimamente aun cuando se habla de una histeria espinal, de una neurastenia espinal, todos tienden a considerar las neurosis como de origen cerebral. - De aquí que la neurosis traumática pueda considerarse como una afección puramente de origen cerebral.

No está bien determinado todavía si simples alteraciones psíquicas puedan dar lugar al complejo sintomático de que tratamos o si el traumatismo produce lesiones anatómicas, ruptura de la vaina de mielina de las fibras nerviosas, como lo pretende Kéles i que serian el punto de partida de los síntomas de la Neurosis traumática. -



Observación.-

Santiago Peralta de 40 años,
de ocupación jornalero, entró a ocupar la cama
Nº 18 de la Sala de San Blas del H. de San Vicente.-

Los datos hereditarios que
nos ha proporcionado el enfermo son bastante escasos.
Solo sabemos que sus padres no han sufrido de enfer-
medades nerviosas i que su madre murió del cólera
en la epidemia de 1887.

Sobre antecedentes persona-
les Peralta nos dice haber sido siempre un individuo
robusto i gozado de muy buena salud.- Solo se acuer-
da de haber tenido que guardar cama por una fiebre
que tuvo como a los 15 años i la que le duró muy po-
cos días.- Ha sufrido también en diferentes épocas
de su vida de algunas epistaxis las que rara vez han
sido abundantes.- De los varios traumatismos que
dice haber sufrido en diferentes ocasiones uno de ellos
ha dejado una huella muy marcada en la región
frontal izquierda que presenta una cicatriz de 5 cen-
tímetros i que por su aspecto demuestra haber sido
superficial.- Este traumatismo fue ahora 10 años.-

No tiene antecedentes sifilíticos ni tu-
berculosos. Afirma no haber tenido hábitos alcohó-
licos ni haber abusado de los placeres sexuales.



Ha tenido 10 hijos de los que 7 han muerto, pero todos de enfermedades extrañas al sistema nervioso. Los 3 vivos nunca han tenido manifestaciones que permitan pensar en herencia neuropática.

Anamnesis. - Ahora 3 años, siendo trabajador de una salitrera en Iquique, se desprende de un gran montón de piedras de caliche, una de ellas i Peraltá que ve venirsele encima trata de ponerse a salvo lo que consigue no sin sufrir antes una profunda impresión de terror i un ligero traumatismo. - El traumatismo consistió en una herida contusa de la región parietal derecha muy cerca de la línea media, de la que conserva aun una cicatriz muy manifiesta. - La conmoción que sufrió por el golpe no fue muy intensa porque aunque le produjo un aturdimiento no fue bastante sin embargo para hacerle perder por completo el conocimiento como lo demuestra el hecho que recuerda todo lo que le sucedió en ese momento.

Una vez herido se fue a su casa donde se hizo curar la herida i pudo inmediatamente volver a su trabajo.

Lo que mas me hizo sufrir, nos dice el enfermo, "fue el temor de crearme aplastado por la piedra, miedo que desde entonces no se me ha quitado."



Después de este accidente, origen de la afeccion que presenta nuestro enfermo, pasó 2 o 3 meses completamente bien i desempeñando sus tareas de jornalero con la misma facilidad que antes. - Lo unico que lo molestaba eran algunas "pesadillas" que consistian en ver animales rabiosos etc, o en accidentes análogos al que habia sido víctima.

Pero a los 3 o 4 meses después del accidente principia a sentir peso i frio en las extremidades superiores; lo que fué paulatinamente aumentando, hasta llegar hacerse esta parestesia continua. -

Al año después del accidente el enfermo se vió obligado abandonar su trabajo porque además que las fuerzas le habian disminuido considerablemente en los brazos, un temblor casi constante no le permitia desempeñar ninguna ocupacion.

Un año después de estas perturbaciones, aparece una rigidez en el cuello que le impide mover la cabeza. - Y poco tiempo después comienza una debilidad en los miembros inferiores que obligaba al enfermo a andar muy despacio.

Tales son los antecedentes que he podido obtener del enfermo. - Su estado mental no le permitia darnos antecedentes mas detallados.



Estado actual.

El 19 de Junio del presente fué la época en que practicamos el exámen del enfermo.

Es un individuo de 40 años, estatura alta, bien musculado, panículo adiposo escaso i su nutrición jeneral en buen estado. -

Llama la atención desde luego el modo de andar del enfermo. - Marcha lentamente con el cuerpo completamente rígido, los brazos pegados a lo largo del cuerpo i la cabeza ligeramente inclinada hacia adelante. - Al mismo se notá un temblor especial que apitá todo el cuerpo. - La cara, que es simétrica i regular en sus rasgos, expresa una profunda melancolía. - La mirada es fija i constantemente dirigida al suelo.

Analizaremos por separado las perturbaciones motrices, las sensitivas, las de los órganos de los sentidos, i el estado psíquico que presentá nuestro enfermo.

Perturbaciones de la motilidad. -

En la lengua, que no se presentá desviada, se pueden observar contracciones fibrilares i solo podía mantenerla fuera de la boca unos pocos segundos. -

En el cuello existe un estado de rígi-



dez permanente de sus músculos lo que impedía por completo los movimientos tanto de flexion i estension i principalmente los de lateralidad.-

En los miembros superiores encontramos los músculos en buen estado de nutricion, bien desarrollados i bastante duros.- Sin embargo el enfermo acusa una falta mui considerable de fuerzas i el dinamómetro marcó para la mano derecha 31 K^{to} i para la mano izquierda solo 29 K^{to} - Ejecutá con los brazos todos los movimientos que se le ordena con bastante precision.

En las extremidades inferiores, la musculatura se encontraba tambien en buen estado de nutricion, pero apesar de esto existia una disminucion mui grande de la fuerza muscular i por esto la marcha era lenta, floja i el enfermo se cansaba con mucha facilidad.

Nos ocuparemos ahora de un sintoma motriz mui importante que presenta nuestro enfermo. Nos referimos a un temblor que agita la cabeza i las extremidades principalmente las dos superiores.

Este temblor de oscilaciones rápidas como el de la enfermedad de Basedow, el temblor



alcohólico o el de la parálisis general, difiere de éstos sin embargo en que no es constante i en que se escafera por los movimientos voluntarios. -

Cuando el enfermo está en reposo i sobretodo durante el sueño falta por completo. -

Apenas el enfermo se pone de pie el temblor reaparece i se exagera enormemente cuando el enfermo relata la historia de su enfermedad o cuando le afecta cualquiera otra impresión psíquica.

Tambien al ejecutar movimientos voluntarios, como llevarse un vaso de agua a la boca, la amplitud de las oscilaciones del temblor aumentaban tanto que una gran parte del líquido se derramaba.

Perturbaciones sensitivas.

La sensibilidad táctil se encuentra disminuida en toda la mitad izquierda del cuerpo: cara, tronco i extremidad superior e inferior del lado correspondiente. - Esta disminución de la sensibilidad era tan bien limitada hasta la línea media que dividia al cuerpo en dos mitades perfectamente simétricas.

Y igualmente disminuida está la sensibilidad dolorosa en todo el lado izquierdo. -



La sensibilidad térmica es normal en ambos lados.

En la mucosa nasal del lado izquierdo i en la mitad izquierda de la faringe existía también una disminución de la sensibilidad pero no muy manifiesta.

En el lado derecho del tórax al nivel del pectoral mayor existía una zona de analgesia de unos 10 Centímetros cuadrados.

El enfermo se quejaba además de ciertas parestesias, como sensación de frío en las piernas i en los brazos.

En los organos de los sentidos pudimos constatar que el oído, el olfato i el gusto estaban bastante disminuidos en el lado izquierdo. Además acusaba una sensación de sequedad bastante molesta en ese lado de la boca i por el contrario pudimos observar en el lado derecho que la secreción salivar estaba aumentada.

En el examen de la vista pudimos constatar que las pupilas se encontraban contraídas pero reacciona normalmente.

La agudeza visual i la percepción de los colores la encontramos normal.

El examen oftalmoscópico no reveló alteración alguna en el fondo del ojo i sin

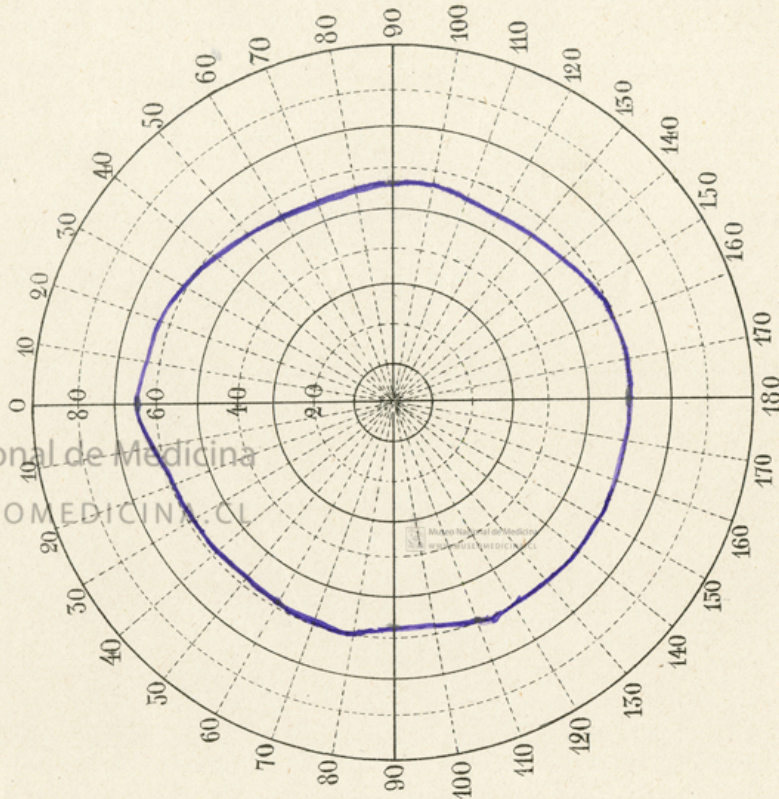


Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

op. derecho.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

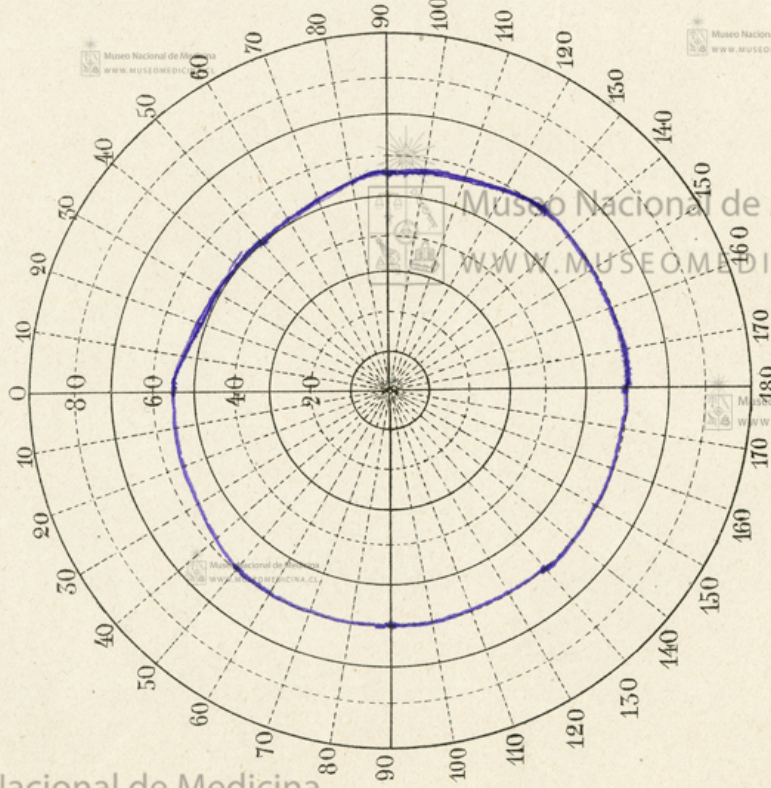


Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Campo visual.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

op. izquierdo.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



embargo el examen con el perimetro reveló una estrechez concentrica del campo visual mas considerable en el ojo izquierdo que en el derecho como puede verse en el esquema anexo.

Existia ademas una perturbacion mui importante, sobre la cual llamo nuestra atencion el profesor Sr Oreggo Luco. - El enfermo presentaba los fenomenos de micropsia i macropsia pero con la siguiente particularidad: que a corta distancia (15 a 20 cent^{os}) los objetos le parecian mui voluminosos a medida que se le aproximaban a la vista, i por el contrario a distancias mayores (2 a 4 metros) los veia mas grandes a medida que se alejaban.

Estado Mental. - En el estado psiquico del enfermo se revelaba la misma impresion que se apoderó de él en el momento del accidente i en los rasgos de su fisionomia se manifiesta mui bien el estado de su animo; - O como nos decia, con tanta exactitud el Sr Oreggo: "representa precisamente la actitud i los movimientos de un actor que quisiera representar en el teatro la impresion del terror."

Su inteligencia está deprimida, apagada. Las excitaciones exteriores apenas despertaban su atencion.





Difícilmente recordaba los hechos pasados i presentaba los fenómenos que el profesor Azam de Burdeos denomina "Amnesia retrograda" esto es el enfermo habia olvidado por completo lo que le habia ocurrido los 2 o 3 dias antes del accidente. -

El estado apático de su animo, se revela en su voluntad; se encuentra constantemente en un estado de indiferencia completa. -

Este estado moral del enfermo es mas manifiesto en los dias frios.

Su modo de hablar es lento i lo hace con mucha dificultad; es muy tartamudo. -

Se queja ademas de insomnios. Durante su sueño es perturbado por visiones terrorificas, tales como accidentes analogos al que dió origen a su enfermedad. -

No nos hemos ocupado de los reflejos porque no presentaban nada de particular.

En los demas organos de la economia ^{no} se encuentran alteraciones importantes bajo el punto de vista de que tratamos.

En vista del complejo sintomático que hemos enumerado, el Dr. Orrego diagnosticó una "Neurosis traumática" i sometió el enfermo al tratamiento hipnótico. -



La primera hipnosis tuvo lugar el 20 de Junio i se practicó con el espejo giratorio de Luys. Durante el sueño hipnotico se le sugestionó la idea que no debía tener mas miedo i que no debía temblarle mas el cuerpo. - Despues de 10 minutos de sueño hipnotico se despierta al enfermo e interrogado, dice sentirse con menos susto que antes. El modo de hablar habia cambiado tan notablemente que llamaba la atención hasta al mismo enfermo. Carta mudaba menos i su lenguaje era mas fácil. - El temblor de las extremidades aunque persiste, sin embargo se pudo notar una disminucion en su intensidad.

Al dia siguiente despues de una 2^a sugestion, se constató que el enfermo revelaba tanto en su fisionomia como en su animo una disminucion considerable de la idea de terror que antes le dominaba. - El lenguaje casi es normal. Las contracciones fibrilares de la lengua muy disminuidas. - El dinamometro nos reveló un aumento considerable en la fuerza muscular: así de 29 $\frac{1}{2}$ lbs. que marcó el dia antes en la mano izquierda, llega ahora a 45 $\frac{1}{2}$ lbs; i de 31 $\frac{1}{2}$ lbs que habia señalado en la mano derecha llegó esta vez a 99 $\frac{1}{2}$ lbs. El aumento era pues considerable. -



Al tratamiento de la sufeccion se unió el de las corrientes galvanicas. - Durante 10 minutos se aplicó en los dias 20, 23, 24, 30 de Junio i los dias 2, 7, 8, 9, 11 de Julio una corriente descendente de 20 milamperes en la médula colocando el anodo en la nuca i el Katodo en la region lumbar.

El 11 de Julio, ultimo dia que pudi-
mos observar al enfermo, constatamos lo siguiente:
El estado psiquico enteramente mo-
dificado i habia desechado casi por completo la
idea de "susto" que antes lo dominaba. - Su intelligen-
cia mas despejada i vuelven en él los deseos por el
trabajo. - Su memoria recobra el recuerdo de hechos
que tenía olvidados. En su fisionomia ha desapa-
recido esa expresion de tristeza que antes revelaban
la decadencia de sus funciones psiquicas. La pala-
bra es mas fácil i la tartamudez es menor. - Ha
desaparecido la rigidez de los musculos del cuello
i la cabeza recobrado sus movimientos aunque no
en toda su estension. - Apenas se notó el temblor
de su cuerpo. - No se pudo hacer el examen de la
sensibilidad i del campo visual en ese dia asi es
que no podemos decir si hubo modificacion fa-
vorable a este respecto.



El caso clínico que acabo de relatar ofrece particularidades muy dignas de especial atención.

En ninguna de las observaciones de Charcot que he leído existía ese estado psíquico tan particular que hemos encontrado en nuestro enfermo.-

En su fisionomía, en sus movimientos i hasta en sus perturbaciones funcionales se encuentra retratada la impresión de terror que le domina.

El momento etiológico se presenta pues en nuestro enfermo con toda claridad. La impresión psíquica que se apoderó de su ánimo en el momento del accidente persiste todavía después de 3 años con toda su intensidad.

No debemos extrañarnos que el terror haya sido la causa eficiente del conjunto de síntomas que presenta el enfermo puesto que vemos figurar el terror en la etiología de muchas enfermedades nerviosas; nos bastará citar la enfermedad de Parkinson, la de Basedow, la Corea, la esclerosis múltiple, etc.

La eficacia del tratamiento parece demostrarnos claramente que los síntomas observa-



Los no se referían a lesión orgánica de los centros nerviosos i que se trataba simplemente de alteraciones funcionales de naturaleza histérica.

I decimos de naturaleza histérica porque la hemi-anestesia, la placa de analgesia, la estrechez concentrica permanente del campo visual, la disminucion unilateral del olfato, gusto i audicion, son signos de tal modo característicos de esta neurosis que son aquellos que se designan con el nombre de "stigmas histéricos"

Existe en nuestro enfermo un síntoma, el temblor, que ha dado lugar a un error de diagnóstico: se pensó que se trataba de una parálisis agitante i se habia declarado incurable.

Sin embargo no encontramos en nuestro caso ninguno de los síntomas que caracterizan a la enfermedad de Parkinson i ni aun el temblor tiene los caracteres de esta afeccion.

Por otra parte nunca en la enfermedad de Parkinson se observa la hemi-anestesia, las zonas analgesicas, la estrechez concentrica del campo visual ni las perturbaciones del gusto, oído i olfato que ya hemos señalado.

En la parálisis agitante la disminucion de la fuerza motriz es muy grande i no



se observa que despues de 2 o 3 sujestiones i de algunas aplicaciones electricas se modifique en el grado que lo hemos constatado en nuestro enfermo. -

Por lo demas no es raro que el temblor haya podido inducir en error pues el temblor histérico puede simular otras neurosis o afecciones nerviosas con lesion material apreciable como lo hace notar el profesor Charcot. en su obra de las "Enfermedades del sistema nervioso" de 1892 i en la que termina diciendo: "no se puede hablar de temblor histérico sino de temblores histéricos por la variedad que presentan. -

Estas consideraciones sobre el temblor i éste diagnóstico diferencial con la parálisis apitante las he consignado unicamente porque a consecuencia de éste error se habia declarado incurable a nuestro enfermo.

No necesito hacer resaltar la importancia que tuvo el reconocimiento de la enfermedad; gracias a él el enfermo en vez de marchar al hospicio, vuelve, notablemente mejorado, al desempeño de sus tareas.

Dire' que el pronóstico en éste caso como en el de todas las neurosis traumaticas, segun la opinion de la mayoria de los



autores no es tan favorable. Porque aunque la afeccion mepre, gracias a un tratamiento apropiado es muy raro ver que llegue a la curacion completa.

Respecto al tratamiento que se ha empleado en este caso ha sido para combatir el estado psiquico la sufeccion i las corrientes electricas para estimular la nutricion medular. Sus resultados ya los hemos expuesto en el curso de la observacion.-

Yermino pidiendo excusas por las deficiencias que se haya notado en el curso de mi trabajo, pero la dificultad de encontrar datos de una afeccion tan moderna, espero influirá en el dictamen de la honorable comision

Francisco Escobar





Literatura.

Ericksen. - Weber die Verletzungen der centrale
Theile des Nervensystems etc. Aus dem Engl. von Hefp.
Oldenburg 1868. - "On concussion of the spine nervous
shock and other obscure injuries of the nervous system"
London 1875, 2. Aufl. 1882.

Syme. - "The compensation for railway injuries" Lan-
cet 1867. pag. 2.

Morris. - "A practical treatise on shock etc" Lon-
don 1867.

Savory. - "Notes with cases on some of the immediate
and remote effects on injuries etc." St. Bartholom.
hosp. rep. 1869, v.

Little. - "Railway and other accidents. Cases and
observations" The British Med. Jour. Nov. 1869.

Weber. - "Recovery after four years paralysis fo-
llow. Railway injur." Boston Med. and Surg. Journ. Ju-
li 1872.

Morgan. - "Injuries of the spine results of railway
concussion". - Med. Press and Circul. Jan. 1873.

Leyden. - "Lehrb der Rückenmarkskrankheiten"
1875. I. 171. - II. 99.

Orl. - Kiemesen's Handbuck. Krankheiten des Nerven-
systems 1876 I. 2. Hälfte.

Hood. - On cardiac weakness as a remote conse-



Johnson. - "Concussion of the spine in railway injuries." The Med. Leg. Journ. March 1884. - pag. 503. -

Walton. - "Case of typical hysterical hemianaesthesia in a man follow injuries" Arch. of Med. 1883. X. -

"Possible cerebral origin. of the simptoms usually classed under railway-spine". Boston Med. and Surg. Journ. 1883. - N^o. 15.

Putnam. - "Recent investigation into the path. of so-called concussion of the spine". Boston Med. and Surg. Journ. 1883. - N^o. 18. -

Walton. - "Case of hysterical hemianaesthesia, convulsions and motor paralysis brought on by a fall." Boston Med. and Surg. Journ. 1884. - Dec. 11.

Oppenheim. - "Zur Lehre der sensorischen anästhesien." Centralbl. für die Med. Wissensch. 1884. N^o. 5. Wochenschr 1884. - N^o. 15.

"Weitere Mittheilungen über die sich an Kopfverletzungen etc." Arch. für Psych. XVI. - H. 3.

Thomson and Oppenheim. - "Ueber das Vorkommen und die Bedeutung der sensorischen Anästhesien bei Erbkrankungen des centralen Nervensystems." - Arch. für Psych. XV. - II. - N^o. 2. -

Charcot. - "Nouve Verletzungen über die Krankheiten des Nervensystems" Deutsche Ausgabe von S. Freud. Leipzig und Wien 1886. - Pag. 79, 88, 202, 242, etc 272. Prog. Med. 1885.



- Guinon. - "L'hystérie chez l'homme comparée à l'hystérie chez la femme". - Gazette. Méd. - de Paris 1885. N° 20.
- Charcot. - "Sur un cas de Contracture spasmodique d'un membre supérieur survenue chez l'homme en conséquence de l'application d'un appareil à fracture" Progres Méd. 1886. - N° 42. -
- "Deux nouveaux Cas de paralysie hystero-traumatique chez l'homme." Progres Méd. 1887. - N° 4. -
- Pulnam. - "The med. leg significance of hemiasnaesthesia after concussion accidents" The Americ. Journ. of Neurol. and Psych. August. au Nov. 1884. -
- Page. - "Injuries of the spine and spinal cord and nervous shock." London 1885. 2^e edic. -
- "On the abuse of bromide of potassium etc". Med. Times and Gaz 1885. I. -
- Kalliefe. - "Ueber Rückenmarkerschütterung nach Eisenbahnunfällen (Raylway-spine)" Inaug. Diss. Berlin 1885. -
- Russel Reynolds. - "Remarks on paralysis and other disorders of motion and sensation dependant on idea etc" British Med. Journ. N° 59. -
- Codd. - "Clinical Lectures." London 1861. -
- Berger. - "Deutsche Zeitschr für prakt Med. 1877. - N° 38:39
- Berber. - "Hystérie traumatique" etc. Paris 1887. -
- Chypsen. - "Contrib. a l'étude de l'hist. traum." Paris 1888. -



Oppenheim. - "Wie sind die Erkrankungen des Nervensystems aufzufassen etc". Berlin. Klin. Wochenschr. 1888. - N. 9.

Bernhardt. - "Beitrag zur Frage von der Beurtheilung des nach heftigen Körpererschütterungen etc". Deutsche med. Wochenschr. 1888. - N. 13.

Schlager. - Zeitschr. der Gesellsch der Wiener Aerzte. 1857. VII. VIII. pag. 454. -

Stroe. - "On insanity caused by injuries to the head and by sunstroke". Edinb. Med. Journ. Febr. 1866.

Krafft-Ebing. - "Ueber die durch Gehirnerschütterung hervorgerufenen psychischen Krankheiten". Erlangen 1868.

Koepppe. - Deutsches Arch. für Klin. Med. 1874. XIII. -

Hartmann. - Ueber Geistesstörungen nach Kopfverletzungen. Arch. für Psych. 1884.

Guder. - "Die Geistesstörungen nach Kopfverletzungen".

Ekromsen. - "Ueber das Vorkommen und die Bedeutung der gemischten (sensowisch-sensiblen) Anästhesie bei Geisteskranken". Arch. für Psych. XVII. H. 2.

Groeningen. - "Ueber den Shock". Wiesbaden 1885. -

Baginsky. - "Ueber Ohrerkrankungen bei railway-spine". Berliner Klin. Wochenschr. 1888. N. 3.

Babinsky. - "De l'atrophie muscul. dans les paralysies hystériques". Progr. méd. 1888. N. 16.



quence of injuries by railway collision etc". *Lancet*. Febr. 1875.

Bernhardt, - "Berliner Klin." - *Wochenschr* 1876. N^o 20.

Westphal. - *Ibid* 1879. - Pag. 175. - Einige Fälle von Erkrankung des Nervensystems nach Verletzung auf Eisenbahnen. *Charité*. - *Annal* 1880. Jahrg 18.

Rigler. - "Ueber die Folgen der Verletzungen auf Eisenbahnen insbesondere der Verletzungen des Rückenmarks etc". Berlin 1879.

Obersteiner. - "Ueber Erschütterung des Rückenmarks". *Wiener med. Jahrb* 1879.

Gowers. - "The pathological history of the spinal cord". *Lancet*. Dec. 1879.

Hodges. - "Proceedings of the Boston Society for med. improvement." - *Lancet* 5. Febr. 1880. - "So called concussion of the spinal cord." *Boston. Med. and Surg. Journ.* 1881. - N^o 16.

Seifritz. - "Ein Beitrag zur Kenntniss von Railway-spine". - *Inaug. Diss.* Berlin 1880.

Dütschke. - "Ein Beitrag zur Diagnostik der durch Eisenbahnunfall verursachten Verletzungen und Erschütterungen des Rückenmarks." *Inaug. Diss.* Berlin 1880.

Moeli. "Ueber psychische Störungen nach Eisenbahnunfällen. *Berliner Klin. Wochenschr* 1881. N^o 6.