

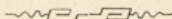


RELACIONES Y ESTUDIOS

ACERCA DE

ALGUNOS CASOS RAROS DE HISTERIA

CURADOS POR SUGESTION



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMED

MEMORIA

PRESENTADA POR

CARLOS BOLÍVAR S.

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

Licenciado en la Facultad de Medicina y Farmacia



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

SANTIAGO DE CHILE

IMPRENTA SAN BUENAVENTURA

CALLE SAN FRANCISCO, NÚM. 1-A

1897



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



I

Para hacer el presente trabajo tomo en consideración algunos casos de histeria poco frecuentes, en los cuales esta afección está bien comprobada y los enfermos han sanado completamente por el tratamiento sugestivo.

Además, llamo la atención hacia una clase de manifestaciones de esta neurosis, y es la que se relaciona con la simulación de afecciones orgánicas, cuyo diagnóstico es á veces muy difícil de hacer, y porque un error en el conocimiento de ellas, puede traernos como consecuencia un tratamiento inadecuado cuyos resultados sean fatales para el enfermo.

Tal es lo que ha sucedido con los enfermos de las observaciones núm. 1 y núm. 4.

II

Edema Azul

Comenzaré mis relaciones por esta afección que ha sido descrita por primera vez por el profesor Charcot en sus Lecciones del Martes (6 de Mayo, 1890).



Hasta esta época sólo se conocía una clase de edema histérico descrito por Sydenham, que consistía en un hinchamiento unilateral, duro, que no dejaba la impresión del dedo y que era más abundante en la mañana que en la tarde.

Charcot, refiriéndose á la descripción de esta afección, se expresa de este modo: «Fué Sydenham quien, con su genial observación, que ha hecho de él uno de nuestros más grandes maestros, el primero que llamó la atención en sus descripciones tan notables sobre la histeria, hacia una especie de hinchamiento causado por la neurosis en cuestión».

Pero las descripciones de Sydenham se refieren á una clase de edema que Charcot lo llama *edema blanco*, que tiene semejanzas con el edema de los hidrónicos. La afección que ahora nos ocupa se caracteriza por los signos descritos ya para el edema blanco (pues el edema azul no es sino una variedad de edema histérico) más los de abajamiento de la temperatura local, que puede ser de 2º, 3º, 4º, 5º centígrados y un color violáceo, algunas veces muy oscuro, otras color lila de los tegumentos.

Charcot, fijándose en esta particularidad, le dió á esta afección el nombre que hoy lleva.

La causa de esta coloración cree él sea producida por una perturbación vaso-motora de naturaleza verosímilmente espasmódica que puede ir hasta la infiltración verdadera de las partes que son atacadas por ella, algunas veces aislada, pero frecuentemente también mezclados á otros síntomas de historia local, tales como la anestesia, la parálisis ó la contractura.

III

El siguiente caso, que ha sido observado por Charcot, nos da á conocer la naturaleza histérica de esta clase de



afección, al mismo tiempo que es un ejemplo de un error de diagnóstico que trajo como consecuencia un tratamiento que hizo sufrir á la enferma por mucho tiempo sin conseguir la curación de su enfermedad.

Margarita F., de 22 años, entró al servicio de la clínica el 15 de Abril de 1892 con los caracteres del edema azul.

Los dedos, el dorso de la mano, el puño son el sitio de una tumefacción dura, sobre la cual la presión del dedo no deja ninguna impresión. Además, todas estas partes presentan una coloración azul sembrada de pequeñas manchas y gaspeaduras rojas y violácea que hacen un contraste con el lado sano.

En fin, existe un enfriamiento notable de la mano enferma, perceptible por el simple tacto y que se hace más manifiesta por la averiguación de la temperatura local de la piel en este lado.

La temperatura de la mano sana (izquierda) se eleva á 28°5, mientras que la de la mano derecha (lado enfermo) no alcanza más que á 24°3. Hay, pues, entre las dos una diferencia de 4°2.

Notemos, además, la actitud viciosa de la mano y de los dedos del lado derecho, que es debida á una contracción de estas partes.

Veamos ahora por la historia de la enferma como han nacido estos diversos accidentes.

Antecedentes hereditarios.—Merecen detenernos un instante. Si no hay nada de particular por el lado paterno, no sucede lo mismo por lo que concierne á la familia de la madre. Ella misma es nerviosa. Su padre, su abuelo habían sido atacados de convulsiones.

Además, uno de los hermanos del abuelo de Margarita se ha suicidado y ha tenido una hija y dos hijitos epilépticos.

Todos conocemos la importancia que es necesario dar á semejante herencia.



Nuestra enferma ha tenido convulsiones en la niñez y fiebres intermitentes á la edad de 4 años.

Ha tenido sus reglas á los 13 años. Ha sido siempre de carácter impresionable, llora por nada.

La menor contrariedad basta para provocar en ella fenómenos bien característicos: siente una bola que le sube á la garganta, latidos en las sienes y algunas veces se siente mal.

El comienzo de los accidentes actuales ha tenido lugar en Julio de 1889, es decir, hace diez meses. Sin causa ninguna, sin emociones ni contrariedades, sin traumatismos. La enferma ha estado despierta toda una noche con dolores vivos en el brazo, ante-brazo y las articulaciones de la mano y puño.

Al día siguiente, cuando se levantó, notó que su mano y puño eran el sitio de un hinchamiento doloroso, sin coloración especial.

La mano estaba notablemente fría. Fué sólo al tercer día que tuvo la mano color violeta, casi negra. La enferma recuerda perfectamente que no tenía ni anestesia, ni rigidez.

Se llamó á un médico. Este hizo el diagnóstico de artritis nerviosa y ensayó desde el comienzo el salicilato de soda y la antipirina. Pero todo esto no produjo efecto, los dolores y el hinchamiento persisten; en fin, al cabo de 15 días, apesar del diagnóstico que había hecho, coloca la mano y el puño en un aparato inamovible que deja colocado durante dos meses.

Se hizo una ventana en el aparato al nivel de la cara dorsal á fin de aplicar puntas de fuego de tiempo en tiempo en el dorso de la mano y del puño.

Cuando estas puntas fueron aplicadas, *la enferma no las sintió, no experimentó ningún dolor*, lo que demuestra bien que ya en esta época tenía analgesia; apesar de que el



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

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

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

miedo de sufrir, la vista del fierro rojo provocaba á cada nueva aplicación un ataque nervioso.

Los meses después se le quitó el aparato. La mano había conservado su coloración violácea: el hinchamiento persistía, así como el enfriamiento de la región enferma.

Pero un fenómeno nuevo apareció: los dedos, la mano y el puño estaban contracturados en una posición intermedia entre la flexión y extensión, idéntica á la que observamos hoy, pues las cosas no han cambiado desde entonces.

La mano está en pronación y la supinación es imposible sin hacer ejecutar un movimiento de rotación al húmero.

Los dedos medios flexionados están aplicados entre sí y vuelven á su lugar como movidos por un resorte cuando se les separan. La palma de la mano está escavada en gotera. El puño está igualmente inmovilizado.

Todo movimiento espontáneo es imposible ejecutar con esta mano.

Además existe una anestesia para todos los modos de la sensibilidad: contacto, dolor y temperatura que ascienden sobre el brazo hasta la proximidad de la articulación escapulo humeral y se limita allí por una línea circular característica.

Aquí, la filiación de los accidentes me parece clara. Se ha producido desde luego, sin causa conocida, una *artrodinia histérica con edema azul*; después, á causa de aplicaciones desgraciadas del aparato inmovilizador, ha sobrevenido una contractura acompañada de anestesia completa, característica de todo un segmento de miembro.

En este momento, la enfermedad, lejos de estar aminorada por los diversos tratamientos empleados, no ha hecho otra cosa que empeorarlos.

Es por esto que la enferma desesperada ha venido á consultarnos y nos cuenta su historia.



Hemos encontrado en ella, además de los diversos fenómenos ya descritos, otra serie de síntomas que nos han permitido con justo título clasificarla en la categoría de la *histeria*, mejor caracterizada. En efecto, nuestra enferma presenta la mayor parte de los estigmas de la *histeria*: el gusto, el olfato, están perturbados á la derecha; el oído está casi abolido á la izquierda. La enferma no oye el reloj, sino apegado contra el pabellón de la oreja; y el examen hecho por M. Gellé ha demostrado que no existía ninguna lesión del aparato auritivo.

No hay estrechamiento del campo visual, ni perturbaciones oculares de ninguna especie.

En fin, la enferma tiene ataques de nervios y se encuentra sobre la superficie del cuerpo algunos puntos hiperestésicos más ó menos claramente *histerógenos*: El uno bajo el seno izquierdo, otro al nivel del vértice y el tercero al nivel de la región ovariana izquierda.

IV

Además de la forma ya descrita, que podríamos llamar *espontánea*, en que la afección se presenta por sí sola, voy á colocar aquí otra observación tomada de la misma obra que no deja lugar á dudas sobre el origen *histérico* del edema azul; pues se ha podido reproducir artificialmente esta afección con los mismos caracteres ya enumerados, en ciertos individuos *histéricos*, por sugestión después de colocarlos en el período *sonambúlico* del *gran hipnotismo*.

V

Paulina Schey..... de 23 años, está desde hace tiempo al servicio de la clínica. Esta joven es atacada de *gran histeria clásica* con estigmas permanentes: *hemianestesia*

izquierda, sensitivo sensorial completa, con estrechamiento del campo visual doble y muy considerable, discromatopsia, etc., grandes ataques, puntos histerójenos. Ha tenido además algunos accidentes de orden menos banal, si puedo espresarme así, tales como grandes ataques de corea rítmico, ataque de delirio durante varios días. En fin, es hipnotizable y por los diversos medios habituales para este género de averiguaciones, se provoca en ella el gran hipnotismo con sus tres fases caracterizadas por sus signos somáticos respectivos: letargia, catalepsia, sonambulismo.

El 26 de Abril (1890), estando colocada la enferma en el período sonambólico del hipnotismo, se le sugirió la idea que su puño y mano derechos iban á hincharse y á tomar color violeta.

En los días siguientes se realizó la sugestión poco á poco y el 30 de Abril presentaba el siguiente estado: la mano derecha está hinchada con un volumen superior al izquierdo con mucho. Los dedos, la mano, sobre la cara dorsal, el puño, están con una coloración violácea diseminadas de placas color rojo vivo.

Los dedos están como bridados al nivel de las articulaciones de las falanjes; la piel á este nivel, en la cara dorsal forma un rodete muy marcado de coloración más obscura.

El hueso de la mano está igualmente hinchado, la piel distendida y no hace pliegues como en el lado opuesto, está lisa, muy poco lustrosa, las estrias y pliegues están borrados.

Este hinchamiento es duro, la impresión del dedo no deja la señal característica del edema, aún cuando haya una depresión ligera.

Toda maniobra que se ejecute sobre la mano, produce en el punto que se toca una coloración rojo vermellón muy acentuado y que dura algunos instantes.



La enferma no puede llevar puestas sus joyas, ha habido que quitarle un anillo que le incomodaba el dedo anular, aún cuando éste le quedaba antes demasiado grande.

La enferma mueve con dificultad el puño. Existe á este nivel cierto grado de paresia, sucede casi lo mismo para los dedos, que movería con más fuerzas que el puño si el hinchamiento del tejido subcutáneo no impidiera los movimientos bridando la piel. La mano está anestesiada en toda su extensión hasta un través de mano por encima del puño *para el tacto*.

Para el dolor la analgesia asciende hasta un través de mano más arriba.

Para la temperatura hay termo anestesia absoluta en manga de paletot.

El lado derecho está de ordinario sensible de todos modos; el izquierdo está anestésico.

Además, se hace un transfer casi exacto de la sensibilidad en la mano y en el puño izquierdo, sensibilidad completa hasta un través de mano por encima del puño izquierdo.

Por encima de este límite analgesia hasta un través de mano más arriba.

La termo-anestesia absoluta persiste en todo el miembro por encima de la línea de sensibilidad completa, de tal manera que la sensibilidad á la temperatura no se ha transferido como las otras, al menos por el momento.

La temperatura de la mano enferma es de 26°.5 centígrados.

La de la mano sana, 31°.08 centgo.

Diferencia: 5°.3.

Medidas en centímetros

«Circunferencia del puño derecho: 16°.25

» » » izquierdo 15°.25

Circunferencia de la mano al nivel de la articulación metacarpo falanجية derecha: 20.50.

Circunferencia de la mano al nivel de la articulación metacarpo falanجية izquierda: 18.00.

Circunferencia del dedo medio derecho al nivel de la articulación media: 7.50.

Circunferencia del dedo medio izquierdo al nivel de la articulación media: 6.00.

Es fácil ver que no existe ninguna diferencia esencial entre este edema azul producido artificialmente y el que acabamos de estudiar en el caso precedente.

Pero quiero demostraros, que podemos destruir lo que hemos producido.

Lo que una sugestión ha hecho, otra sugestión lo va á deshacer.

Hago para esto colocar á la enferma otra vez en el estado sonambúlico y se le sugiere la idea delante de vosotros que su mano está curada, que ya no está débil, que no está hinchada ni violeta, practicando sobre esta mano enferma masajes destinados á aumentar el efecto de la contra sugestión.

Como lo veis, nos bastan de diez á quince minutos y esta mano vuelve á estar blanca como la otra, fina y recobra su sensibilidad, mientras que la izquierda, que había recuperado la sensibilidad por el transfer, vuelve á quedar anestésica como antes.

VI

Otro caso en el cual se ha presentado esta afección es el de la Sta. B. M., de 21 años de edad, soltera, empleada, natural de Valparaiso, reside en Santiago.

Antecedentes hereditarios.—Padre nervioso, de carácter impresionable. Madre sana. Tiene un hermano que ha sufrido de ataques convulsivos, enteramente análogos á los



accesos de epilepsia, á consecuencia de vermes intestinales.

Antecedentes personales.—No ha tenido en su niñez otras enfermedades que una fiebre eruptiva á los 5 años y tífus á los 8 años.

A partir de esta edad y hasta la de 20 años, no ha sufrido afección alguna de importancia.

Ha sido después de los 20 años, cuando por primera vez tuvo las manifestaciones de una crisis nerviosa.

Sin causa alguna, al parecer, y de improviso, sintió un día una sensación de opresión, un cuerpo extraño en forma de bolo que, partiendo del epigastrio, le subió hasta el cuello, en este momento sintió gran contricción á la garganta, palpitaciones violentas al corazón, aflixión, obnubilación intelectual que llegó hasta la pérdida absoluta del conocimiento.

La madre, que nos cuenta el resto de su ataque, nos dice que dió un grito y cayó. La recogieron para llevarla á su cama, estaba con completa pérdida del conocimiento y relajación muscular.

No tuvo convulsiones y todo el ataque le duró un cuarto de hora.

Al cabo de este tiempo despertó en su salud habitual, sin trastornos de ninguna especie pudo continuar en sus ocupaciones ordinarias.

Este ataque tuvo lugar el año 1891 (mes de Junio).

Un año después (1892) tuvo un segundo ataque con pérdida del conocimiento; pero esta vez vino acompañado de convulsiones.

La enferma había tenido en días anteriores grandes sufrimientos morales, había pasado llorando toda una noche y á la mañana siguiente siente, como en el ataque del año anterior, una sensación de ahogo, sofocación, palpitaciones al corazón, una gran angustia y á continuación pérdida absoluta del conocimiento.



La madre nos dice que dió grandes gritos, que tuvo un período de convulsiones violentas alternando con llantos y sollozos, al que le siguió otro período de quietud y de sueño.

Al despertar, notaron que la niña no podía hablar ni articular sonido alguno, se valía de signos para expresar su voluntad.

Se llamó entonces á un médico y éste fué el Dr. Trincado del Villar, quien, después de hacer un cuidadoso examen, pudo notar que la enferma tenía conservación absoluta de su inteligencia, conservación de todos los movimientos de los labios, de la lengua, menos aquellos movimientos indispensables para la articulación de las palabras, estaba pues en estado de mutismo.

Interrogada por el Dr. Trincado del Villar si podía escribir, indicó que sí. Se le pasó papel y lápiz y escribió con corrección y claridad; fué éste entonces el medio de que se valió en adelante para comunicarse con su familia.

El Dr. Trincado, fundándose en que se trataba de un mutismo afono, que venía á continuación de una crisis histérica con conservación de su inteligencia, etc., diagnóstico *mutismo histérico* y le instituyó un tratamiento sugestivo.

Este tratamiento consistió en pulverizaciones de éter á lo largo de la columna vertebral y se le previno que era un tratamiento seguro para combatir sus accesos convulsivos y para que recobrará el uso de la palabra.

En este estado estuvo durante doce días, al fin de los cuales pudo hablar con toda claridad, amaneció hablando.

Hay que notar que este mutismo no fué completamente afono durante los doce días que duró, sino que en los tres últimos días emitía algunos sonidos cuando intentaba hablar, y para pedir todo lo que necesitaba pronunciaba la palabra *mono*.

Luego que hubo pasado este estado de mutismo y para



completar el diagnóstico se buscó en la enferma los estigmas de la histeria y pudo constatarse que existían perturbaciones sensitivo-sensoriales en todo el lado izquierdo del cuerpo.

Estas perturbaciones consistían en pérdida de la sensibilidad, anosmia, reducción del campo visual, pérdida del gusto, ausencia del reflejo faríngeo.

Los ataques convulsivos se repitieron después de haber recobrado el habla; en su comienzo eran muy semejantes a los ataques convulsivos ordinarios ya descritos; pero se diferenciaban de ellos en que al período convulsivo le seguía otro período de forma tetánica durante el cual la enferma se ponía rígida y esto ponía fin al ataque.

Muchos de estos ataques terminaban con un período de alucinación y delirio: veía palomas que entraban á su pieza, á una amiga que había muerto y que se le aparecía vestida de blanco; otras veces veía un ataúd que estaba destinado para ella.

Con motivo de estas alucinaciones tenía un delirio de palabras que se prolongaba á veces hasta un cuarto de hora.

Pasado un mes de su ataque de mutismo, y después de un acceso convulsivo, el miembro superior izquierdo fué el sitio de un hinchamiento duro, no doloroso, que no dejaba la impresión del dedo; había un descenso de la temperatura comparado con el lado sano y estaba de un color violeta claro; además, examinando la sensibilidad, se notaba que había una analgesia completa.

La mano estaba también aumentada de volumen y los dedos ligeramente flexionados, presentaban dificultad para sus movimientos á consecuencia del estado de tumefacción en que se encontraba todo el miembro.

Como vemos pues, se presentaba toda esta serie de síntomas descritos por Charcot para el edema azul histérico; además, la enferma misma había sufrido de ataques his-





téricos convulsivos, había tenido un ataque de mutismo histérico y se había encontrado en ella los estigmas de esta neurosis. En una palabra, la enferma era una histérica y no dejaba ya duda la naturaleza de la afección, y en consecuencia se estableció el *diagnóstico de edema azul histérico*.

Como tratamiento se empleó la sugestión: se le hicieron pulverizaciones de éter á lo largo de la columna vertebral, asegurándole á la enferma la eficacia de este tratamiento para combatir esta nueva manifestación y que desaparecería muy pronto.

En efecto, dos días después de haber establecido este tratamiento, la afección había desaparecido completamente y su miembro enfermo volvía á quedar en su estado normal, como lo estaba antes de presentarse el edema.

Quiero también dejar consignado aquí que la enferma curó de su histeria convulsiva después de un año de un tratamiento que se llevó á cabo en esta forma: sugestión hipnótica, preparaciones ferruginosas asociadas á los bromuros y aplicaciones eléctricas en forma de corrientes continuas descendentes á la columna vertebral.

Desde esa fecha (1893) hasta ahora (1897) no se han vuelto á repetir los ataques, ni manifestaciones de ninguna especie de naturaleza histérica, y ha gozado de completa salud.

VII

Para completar el estudio de esta afección veamos ahora las diversas enfermedades orgánicas con las cuales se puede confundir el *edema azul histérico*.

Tenemos en primer lugar la afección conocida con el nombre de *siringo mielía*.

El diagnóstico diferencial con esta enfermedad es muy difícil de hacer á veces; esto sucede porque en la siringo



mielia se presenta el edema azul ú otra afección parecida, que figura entre sus perturbaciones tróficas: pues, como sabemos, hay en ella una alteración de la sustancia gris central de la médula espinal.

Remak. (Berl. Klin—Wochsft. 1889-N.º 3) y Roth (De la gliomatose medullaire—Arch. de Neurologie, 1888) señalan en la siringo mielia un cierto abultamiento, un edema indolente acompañado de un tinto violáceo ó rojizo más ó menos oscuro, de los tegumentos, con abajamiento de la temperatura.

Este edema ocupa más particularmente el dorso de las manos, que presenta entonces analgesia y termo-anestesia.

Un signo de la siringo mielia que nos puede prestar grandes servicios para hacer el diagnóstico, es la desasociación siringomiélica, pero ésta también puede presentarse en la histeria y entonces el diagnóstico se puede hacer buscando en el enfermo los estigmas de la histeria y estudiando la marcha de la enfermedad; es decir, si la afección desaparece y el modo como se lleva á cabo esta desaparición, si ha sido ó nó espontánea al presentarse y si ya antes se había presentado y desaparecido espontáneamente, que es lo que sucede en el edema azul

Con la enfermedad de Raynaud (asfisia simétrica de las extremidades) ésta presenta con el edema azul ciertas relaciones, tales como la coloración de los tegumentos, la anestesia, el abajamiento de la temperatura; pero en la enfermedad de Raynaud la asfisia se presenta al nivel de la nariz, orejas y de los dedos; es siempre simétrica (lo que no sucede con el edema azul histérico) progresiva y no se establece súbitamente.

La afección comienza por un síncope local, sobreviene después la asfisia simétrica local, y en fin, la mortificación



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

de las partes. Este último accidente no se produce jamás en el edema azul.

También puede confundirse con un flegmón difuso. En este caso la fiebre y los diversos caracteres de la inflamación, más ó menos extendida, serán signos de una gran importancia para hacer el diagnóstico deferencial con el edema azul.

XIII

Museo Nacional de Medicina

Contractura histérica permanente del miembro superior (1).

La contractura histérica está íntimamente relacionada con el ataque convulsivo ordinario, al cual sigue á veces y puede afectar la forma permanente ó transitoria.

Aquí trataremos sólo la forma permanente. Esta forma puede presentarse de una manera espontánea en los intervalos de los ataques, sin afectar con éstos ninguna relación inmediata. Richer insiste sobre este último punto y dice que para él la contractura histérica permanente, es un síntoma de la *histeria no convulsiva*, es decir, que no presenta en el número de sus síntomas, los ataques convulsivos aún atenuados.

Se la encuentra á menudo en los niños, como la primera manifestación de una histeria que se reducirá siempre á los signos locales variados (contractura, parálisis etc.) ó bien que tomando extensión al mismo tiempo que el enfermo crece, llegará á ser general y entonces, además de los síntomas permanentes, contará en el número de sus manifestaciones al gran ataque histérico mismo ó sus diversas variedades.

(1) Paul Richer, *De la histero-epilepsia*, contr. permanente, página 557.

Según Bourneville et Voullet, la contractura de los miembros es la menos común de todas y puede tomar las formas de hemiplegia ó paraplegia; ésta puede ser cervical ó lumbar. En fin, puede ser de un solo miembro.

La contractura histérica permanente se acompaña siempre de una perturbación en el territorio de la sensibilidad; lo más amenudo el miembro contracturado está atacado de anestesia.

La afección puede comenzar bruscamente y uno de los caracteres más salientes es el grado de su intensidad.

El miembro enfermo está rígido, los músculos se marcan con claridad y no se llega á modificar la situación aún con grandes esfuerzos.

La contractura persiste durante el sueño y no cede sino momentáneamente, á veces, después de una cloroformización muy avanzada.

«La duración de esta afección puede ser indefinida, pero su curación puede hacerse en cualquier tiempo, con la particularidad de que puede hacerse súbitamente, á veces bajo la influencia de afecciones morales, ó bien sin causa apreciable, dejando el miembro en un estado de integridad funcional perfecta cualquiera que haya sido la duración de su inmovilización.» (Charcot)

Sin perjuicio de las diferentes variedades que puede afectar la contractura histérica permanente, se presenta casi siempre bajo la forma de flexión en el miembro superior y de extensión en el miembro inferior.

La contractura aislada del miembro superior es muy rara, viene casi siempre acompañando á contracturas del miembro inferior.

En las contracturas del miembro superior el brazo está en la adducción aplicado contra el tórax, el ante brazo en supinación y medio flexionado sobre el brazo, la mano doblada sobre el puño, los dedos igualmente doblados y el pulgar encorvado sobre la palma de la mano.





La intensidad de la contractura puede ser tal que haya necesidad de deslizar en el hueco de la mano una venda para impedir á las uñas lesionar la piel.

El siguiente caso observado en la clínica del profesor señor Orrego Luco, se refiere á la contractura histérica permanente del miembro superior.

M. F., de 22 años, soltera, de profesión costurera, natural de Santiago.

Antecedentes hereditarios.—Hay antecedentes neuropáticos bien marcados: la madre sufre de histeria, el padre es bebedor y un tío materno murió enagenado en la casa de Orate.

Antecedentes personales.—Ha sufrido de neuralgias de la cara repetidas, y ha tenido crisis histéricas de distintas formas, como ser crisis de llanto, de risas inmotivadas, aflicción al corazón.

La enferma es de carácter impresionable, sufre de insomnios y alucinaciones del oído, que consisten en ruidos de campanillas, sensaciones de soplos, silbidos. Refiere que hace seis meses sintió un dolor en el brazo derecho que empezaba en el hombro y se propagaba al codo y mano, era de forma intermitente.

A los dos días después de este dolor, notó que su brazo se encogía y no lo podía estirar; en los días siguientes aumentó la flexión del brazo, de tal manera que la flexión, que hacía que el antebrazo hiciera ángulo obtuso con el brazo, llegó á formar un ángulo recto.

Principió entonces á curarse en su casa, y después de un mes, en que todos los tratamientos fueron inútiles, resolvió irse al hospital de San Borja.

Allí habrían hecho el diagnóstico de una contractura orgánica, é instituyeron un tratamiento quirúrgico que consistió en la tenotomía del biceps para modificar la contractura.

Desgraciadamente esta operación trajo como complica-





ción un hinchamiento muy considerable de la región del codo, sobre todo en la parte posterior donde le hicieron dos incisiones que dieron lugar á la salida de una gran cantidad de pus.

Se le instituyó un tratamiento apropiado para la curación de sus heridas, de las cuales curó, pero le quedó una contractura permanente del antebrazo, sobre el brazo en semi flexión.

Ocho meses después y cuando estaba completamente restablecida de su afección anterior, principió á sentir que el antebrazo izquierdo entraba también en contractura sobre el brazo, con síntomas semejantes á los que había tenido cuando le principió la contractura en el otro miembro, se acentuaba cada vez más y no desaparecía aún con el sueño.

Por consejo de otras personas se resolvió á venir á la *Clinica de enfermedades nerviosas*, y le aseguraron que podría sanar allí con el tratamiento por medio de la electricidad sin necesidad de una nueva operación.

Esto le animó y se presentó á esta clínica en el mes de Junio (1895), presentando la enferma el siguiente estado: desde luego se nota que en el miembro superior derecho está en contractura, el antebrazo sobre el brazo y que en la región del codo se presentan tres cicatrices: una en el lugar de elección de la tenotomía del biceps y dos en la región posterior del codo; son de dirección longitudinal y de cuatro á cinco centímetros de largo; los movimientos en esta articulación son imposibles de ejecutar.

El miembro superior izquierdo presenta también una contractura del antebrazo sobre el brazo, en semi-flexión y rigidez permanente, no se consigue distenderlo aún empleando cierta fuerza.

El miembro está en la adducción, el antebrazo en ligera supinación, la mano un poco flexionada sobre el antebrazo, los dedos ligeramente doblados.





Hay además una anestesia completa que se extiende a todo el miembro.

En vista de los antecedentes de la enferma, se buscaron en ella los estigmas de la histeria y se vió que existían; consistiendo en perturbaciones sensitivo sensoriales y psíquicas. Además había ovaria derecha.

El diagnóstico se hizo entonces fundándose en todas estas series de manifestaciones que entran en el cuadro de la histeria, y se estableció que se trataba de una *contractura hística permanente*.

En conformidad con este diagnóstico se le instituyó un tratamiento puramente sugestivo, que consistió en la aplicación de un imán en la región del codo izquierdo y corrientes descendentes continuas á lo largo de la columna vertebral; dándole á la enferma la seguridad de que era un tratamiento adecuado para distender su miembro y que recobraría éste todas sus funciones.

El resultado no se hizo esperar: desde las primeras sesiones notó la enferma que la articulación del codo izquierdo permitía ya algunos movimientos, sobre todo el de extensión que llegó á ser casi completo.

Al fin de dos semanas de este tratamiento, la enferma fué dada de alta, completamente curada de su contractura izquierda; había recobrado todos sus movimientos.

En cuanto al brazo derecho, nada pudo hacerse porque había allí ya una anquilosis del codo de causa orgánica, producida, probablemente, por una artritis supurada, que se había desarrollado como complicación de la tenotomía del biceps que allí se verificó.

IX

La contractura hística permanente puede confundirse con un gran número de afecciones orgánicas que llevan á los miembros á quedar en este estado vicioso de posición.

Aquí me concretaré sólo con dar á conocer un cuadro





general trazado por Barbinski, (Soc. Med. des hôp. 8 mai 1893) que permite reconocer las principales diferencias que existen entre la simulación y la existencia real de la afección, sin entrar á detallar el diagnóstico diferencial con cada uno de los casos en particular.

Veamos, primero por lo que respecta á la actitud del miembro: es diferente en los dos casos, en la forma orgánica, la rigidez es poco acentuada, se puede hacer ejecutar á los miembros algunos movimientos pasivos; los reflejos tendinosos están siempre exagerados y hay trepidación espinal.

En la forma histérica la rigidez es muy pronunciada é imposible de vencerla; lo más á menudo los reflejos no están exagerados y su exageración es debida de ordinario á un temblor que simula la verdadera trepidación espinal.

Según este autor se podrían distinguir estas dos clases de afecciones con sólo estos dos signos, sin necesidad de ir á buscar en el enfermo las estigmas de la histeria, ni la evolución de la enfermedad.

X

Astasia Abasia

Se designa con este nombre á un estado morbido caracterizado por una imposibilidad que experimenta el enfermo para tenerse de pié y andar; apesar de que sus músculos conservan sus fuerzas, no hay perturbaciones de la sensibilidad, y hay conservación de la coordinación muscular en los miembros superiores para todos los otros movimientos.

Fué descrita esta afección por Charcot y P. Richer en 1883 con el nombre de «impotencia motriz de los miembros inferiores por falta de coordinación relativa á la estación y á la marcha.»

En esta afección la impotencia motriz no es debida á una parálisis de los movimientos generales, porque el en-





fermo los ejecuta con la ayuda de los miembros inferiores con la mayor precisión. Puede ejecutar actos diversos y aun saltar ó «andar en cuatro pié»; pero ha perdido el recuerdo de los movimientos especiales para tenerse de pié (astasia) y para andar (abasia) ataca á los dos sexos, más á los niños de 10 á 15 años,

Las causas que puede ocasionarla son muy variadas, ya se trata de emociones morales vivas, aprensión, espanto, etc., ó bien de un traumatismo de mínima importancia sobrevenido como consecuencia de una caída; pero entonces se puede preguntar si la causa de la enfermedad es el traumatismo ó la emoción que la acompañó.

Se puede presentar también después de partos laboriosos ó de fiebre tifoidea.

Verosimilmente no se trata aquí sino de causas ocasionales, que adquieren todo su poder porque en los individuos en los cuales se producen son predispuestos; la concurrencia de estigmas históricos lo prueban.

En la mayor parte de los casos el comienzo es bastante brusco, haciendo continuación á la causa que lo ha producido, ó bien progresivamente en el espacio de 24 horas, y entonces no es raro que vaya precedida de algunos fenómenos dolorosos, tales como la cefalalgia ó la raquialgia.

Estando sentado ó en cualquiera posición que no sea la de estar de pié, el enfermo ejecuta todos los movimientos, pero tan pronto como le hacen tomar esta posición, ya no puede mover sus miembros, y si entonces lo dejan solo se cae; pero cosa curiosa, en la posición en cuatro pies anda sin ninguna dificultad.

XI

El caso siguiente me ha sido suministrado por el doctor Calvo Mackenna, y ha sido observado por él en compañía con el doctor G. del Sol.



L. P., joven de 14 años, natural de Santiago.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Es de temperamento sanguíneo, bien constituido, ha tenido como manifestación morbida, que tenga importancia para su enfermedad actual, una ronquera simplemente; afección que data desde hace un año y que ha resistido á todos los tratamientos empleados sin que al examen laringoscópico, practicado por un especialista se hayan encontrado signos de algún valor.

A mediado de Julio del presente año (1897), tuvo una afección á la farinje y asistido por un facultativo, se le diagnosticó una farinjitis catarral aguda y fué sometido á un tratamiento apropiado para esta afección, permaneciendo en cama durante diez días.

El enfermo curó completamente y al dejar la cama se sorprendió por no poder tenerse de pie y varias tentativas practicadas con este mismo objeto fueron igualmente infructuosas.

El 26 de Julio fué llamado el doctor Calvo para asistir á este enfermo, y le llamó la atención de que podía mover sus miembros con cierta facilidad, y que conservaba su fuerza muscular, pero sin embargo le era imposible levantarse estando sentado, tenerse de pie si lo levantaban y andar.

El examen de sus miembros inferiores permitió comprobar que no había perturbaciones de la sensibilidad, sus reflejos tendinosos estaban muy exagerados y existía cierto grado de contractura en sus dos piernas.

Las funciones de la vejiga, recto eran normales, no había dolor en cintura, no había sensibilidad en ningún punto del raquis y las funciones cerebrales como las de sus miembros superiores y órganos de los sentidos, no acusaban trastorno alguno.

Después de haber hecho el examen ya descrito tuvo una junta con el doctor del Sol y llegaron al acuerdo de que



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



se trataba de trastornos puramente funcionales sin que hubiese á juicio del doctor del Sol una lesión orgánica, y se instituyó entonces un tratamiento en esta forma: jara-be de lacto fosfato de cal, vino de kola, baños de 28° con cloruro sodio de 20 minutos de duración, alimentación sana y régimen. Con este régimen creyeron hacer desaparecer estos trastornos nerviosos.

Este tratamiento lo siguió durante cinco días, después de los cuales fué sometido á un nuevo examen y se encontró entonces que la motilidad de sus piernas se hacía con mayor facilidad, la fuerza muscular de sus miembros era más ó menos normal, pero el enfermo no podía tenerse de pie ni marchar.

Siguió con el mismo régimen de curación ya indicado, por doce días más.

Después de este tiempo se volvió á examinar al enfermo y se vió que no había un cambio apreciable en la mejoría desde el último examen que se había hecho.

Se creyó entonces que la afección era de naturaleza hística y que el cuadro clínico que tenían á la vista no era otro que el de la afección conocida con el nombre de *Astasia Abasia* y se le instituyó un tratamiento sugestivo cuyos resultados vinieron á confirmar el diagnóstico.

Tratamiento.—Colocado el enfermo en la posición sentada y arreglado comodamente en su cama se le hizo la compresión de los globos oculares y después de diez minutos se consiguió el sueño hipnótico, se le ordenó entonces al enfermo que abandonara su cama y anduviera por la pieza, á lo que el enfermo obedeció ejecutando las órdenes dadas por el doctor. Vuelto á su cama y despertado que fué de su sueño quedó con la misma imposibilidad que antes para andar y tenerse de pie.

Fué sometido entonces inmediatamente á una segunda sesión de hipnotismo y después de estar en el sueño hip-



nótico se le ordenó que al despertar debería estar completamente sano y que podría andar y correr.

Cuando el enfermo despertó había recuperado el uso de sus miembros inferiores y pudo andar y correr con tanta facilidad como antes de enfermarse.

La enfermedad no volvió á reproducirse y el enfermo está sano.

XII

Museo Nacional de Medicina

Afecciones con las cuales se puede confundir la astasia abasia

Los caracteres que esta afección presenta en su manifestación, son bastante claros para que puedan confundirse con otra especie de impotencia motriz de los miembros inferiores.

A veces, sin embargo, el diagnóstico se hace difícil y pueden cometerse graves errores.

Entre las afecciones con las cuales se puede confundir figura la tabes; sabemos que en ella existen perturbaciones de la marcha, (ataxia del tabético) pero aquí no son los miembros inferiores el único obstáculo para la progresión, el tabético tiene incoordinación para todos los movimientos del miembro inferior y no se presentan sólo al andar como sucede en esta afección.

Además de estas perturbaciones de la marcha en el tabético hay ausencia de los reflejos, perturbaciones oculares, dolores fulgurantes, perturbaciones vesicales.

Con la enfermedad de Friedreich, la incoordinación se manifiesta cualquiera que sea la posición de los miembros, sea que esté el individuo sentado ó de pie y se presentan también en el miembro superior. En esta afección hay nistagmus, embarazo de la palabra, pérdida de los reflejos.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



La confusión puede ser más fácil con la afección de Bamberger conocida con el nombre de reflejo saltatorio (Saltatorisch Reflexkramps).

Aquí los movimientos son posibles en la estación, sentada ó acostada, no hay incoordinación de los movimientos, pero tan pronto como el enfermo afirma el pie en el suelo se producen saltos bruscos y rápidos que levantan el cuerpo á 10 y 15 centímetros del suelo y no cesan sino cuando el enfermo cae ó se sienta; otro carácter de esta afección es el de poderse reproducir hasta cierto punto cuando se rasca la planta de los pies ó cuando son comprimidas fuertemente. Estos fenómenos no se producen en la astasia abasia y nos sirven para diferenciarla.

XIII

Por la lectura de los casos anteriores podemos ver cómo se han llevado á cabo las curaciones de tan diversas manifestaciones de la histeria, fundando el tratamiento principal sólo en la sugestión.

La sugestión puede verificarse de dos maneras: ya sea colocando al enfermo en estado de sueño hipnótico ó bien estando en estado de vigilia.

El primer caso podemos conseguirlo por medio de la fijación de la mirada; la oclusión de los párpados con ó sin presión de los globos oculares, proyección de rayos solares sobre un espejo, etc., teniendo cuidado de ordenar al enfermo que se duerma.

En el segundo caso, se consigue la sugestión por medio de los consejos, la persuasión, intimidación y aún la amenaza; es necesario convencer á los enfermos que sanarán de su enfermedad; quitarles de su imaginación la idea que la ha provocado y enseñarles á creer en lo que el médico les diga.

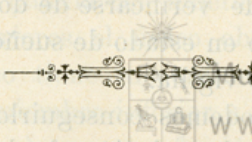
En las observaciones que presento, se ha hecho uso de



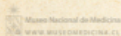
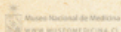
las dos formas de sugestión ya descritas: así, en un caso bastan las pulverizaciones de éter á lo largo de la columna vertebral, dando á la enferma la seguridad de su mejoría (edema azul); en otro, la aplicación de un imán y corrientes descendentes á la columna vertebral, curan á una enferma que llevaba ya de antemano la seguridad de que la electricidad la sanaría sin necesidad de una nueva operación (contractura histérica permanente) y por fin, en el último caso (Astasia abasia) se ha conseguido el sueño hipnótico y la curación inmediata de la afección después de haber salido el enfermo del estado de hipnotismo.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

