

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

# CONTRIBUCIÓN AL CONOCIMIENTO

DE LA

## HEMIPLEGIA HISTÉRICA

POR

MAXIMILIANO POBLETE CORTÉS

### MEMORIA

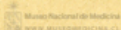
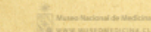
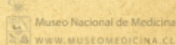
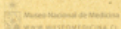
PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN LA FACULTAD  
DE MEDICINA Y FARMACIA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

(Publicada en la REVISTA MÉDICA DE CHILE, 1898, Núms 7 y 8.)

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

6



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Publicado en la "Revista Médica de Chile.", 1898, Núms. 7 y 8



## CONTRIBUCIÓN AL CONOCIMIENTO

Museo Nacional de Medicina DE LA

WWW.MUSEOMEDICINA.CL HEMIPLEGIA HISTÉRICA

POR

MAXIMILIANO POBLETE CORTÉS

La hemiplegia en la histeria, es uno de los accidentes que más vivamente ha llamado la atención de los observadores. SYDENHAM ya la había señalado como consecuencia del ataque de forma apopléctica; CARRÉ DE MONTGERON, ha descrito varias observaciones. Durante el período moderno ha inspirado numerosas é importantes memorias, entre las cuales citaremos las de HELOT (1), DEBROSSE (2), BARDONNET (3), la tesis de ACHARD y las memorias de DEBOVE. CHARCOT y su escuela, en la cual ha descollado GILLES DE LA TOURETTE, le han prestado su contribución.

Nosotros al emprender este trabajo y para creerlo interesante, partimos de la base que es la primera vez que es materia de estudio detenido en nuestra Escuela. Tres observaciones personales que hemos recogido en la clínica de enfermedades nerviosas que dirige el distinguido profesor doctor A. ORREGO LUCO, acompañadas también de otras tres que hemos tomado de los archivos

- (1) Estudios de algunos casos de nemiplegia histérica (Th. París, 1870).
- (2) De la anestesia en la hemiplegia histérica. (Th. París, 1876).
- (3) De la hemiplegia histérica. (Th. Lyon, 1893-94).



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

de la mencionada clínica era, á nuestro entender, un material suficiente para deducir conclusiones que contribuirían á darla á conocer suficientemente.

\*  
\* \*

La hemiplegia es, como se ve, una forma relativamente frecuente, no sólo de la parálisis histérica, sino como enunciación de la neurosis. LANDOUZY, sobre 46 casos, que le han facilitado diversos autores, anota ocho casos de hemiplegia completa del lado izquierdo y seis de hemiplegia completa sin designación del lado afectado. Según la estadística de BRIQUET, sobre 115 casos de parálisis, había 46 casos de hemiplegia izquierda y 14 casos de hemiplegia derecha. Por estas estadísticas se ve la frecuencia de la hemiplegia comparativamente á las otras parálisis y su predominancia por el lado izquierdo. En nuestras observaciones encontramos que cuatro corresponden al lado izquierdo y dos al derecho. Estas cifras tienden á aproximarse á las indicadas por BRIQUET, tanto en lo concerniente á su predominio bajo la forma de hemiplegia izquierda, como á su coincidencia con la anestesia.

M. GILLES DE LA TOURETTE, dice: «hay en esto, por otra parte, más que una coincidencia, porque la hemi-anestesia y la hemiplegia coexisten lo más frecuentemente y profundizando más se puede decir, que éstas son dos estigmas permanentes (la anestesia y la amiotenia) que se comportan siguiendo una regla que en materia de histeria tiene pocas excepciones; si la hemiplegia se localiza en particular en el lado que frecuentemente ya era anestésico, es que ya existía, por decirlo así, un estado amiosténico, cuya parálisis no es, en suma, más que su exageración».

\*  
\* \*

La hemiplegia histérica puede atacar á todas las edades. CLOPAT ha referido dos casos en dos niñas de diez y once años respectivamente, observados en el servicio del profesor GRANCHER. GILLES DE LA TOURETTE cita el caso de Marie Anne Couronneau, que á la edad de 67 años, fué atacada de una hemiplegia izquierda, cuya naturaleza histérica dice, no es discutible.

Por nuestra parte, observamos un caso á los 16 años, cuatro entre 24 y 31, que es lo más común; y otro caso á los 60 años, que



es lo que constituye el interés del caso, no sólo por ser rarísimos á esta edad sino por las confusiones de diagnóstico á que pueden dar lugar. Observamos que estos casos corresponden por mitad á cada sexo.

En general, es á los adultos, ya sea hombres ó mujeres, á quienes ataca, sin que se pueda establecer predominio de un sexo sobre otro, observación tanto propia como de los demás autores.

\*  
\*  
\*

Muy interesante es la etiología de la hemiplegia histórica. **CHARCOT** y **PITRES**, la han visto sobrevenir á consecuencia de una violenta emoción moral; pero predomina la influencia de los ataques como lo habia demostrado ya **SÝDENHAM**, en especial la forma apopléctica del paroxismo. Al salir del ataque el enfermo se encuentra hemipléjico ó no tarda en llegar á serlo si la parálisis debe presentarse. Para **BRIQUET**, la hemiplegia sobreviene de las causas más diversas: «La he visto, dice, producirse á consecuencia de violentos pesares en seis mujeres, después de emociones vivas en cinco, de una afección aguda seguida de delirio en cuatro, durante la convalecencia de una fiebre tifoidea en dos; á consecuencia de un síncope, de un ataque de cólera, de miedo, de una magnetización, en otros tantos enfermos. Se ve que en todos estos casos la parálisis ha seguido á una gran sacudida del sistema nervioso», lo que, sin embargo, no constituye ni regla, pues la experiencia de nuestros inspiradores nos enseña que no en pocos casos aquella no ha acompañado á la afección en cuestión, aunque á nuestras observaciones no le es extraña.

En nuestras observaciones encontramos lo siguiente en cuanto á las causas que han producido la hemiplegia; en la observación núm. 1 que corresponde á una niña francesa de 16 años, la hemiplegia fué efectivamente consecutiva á un ataque que podemos comprenderlo entre los de una histeria menor. Este ataque se inició por una alucinación de la visión, la enferma veía que sus vestidos se le incendiaban y era perseguida de perros, mientras ella hablaba como loca, le duró un cuarto de hora; después le vino llanto, quedó muy cansada; durante el ataque habia perdido el reconocimiento de las personas, no podía hablar; poco después le fué volviendo el conocimiento y le aparecen entonces movimientos coreicos en las manos y pies.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

En el enfermo de la observación núm. 2 nos encontramos con un hombre que cae al suelo, bruscamente atacado de una hemiplegia izquierda; es un individuo que también está en cierto estado de abatimiento moral, que andando por la calle, experimenta una sensación vertiginosa; como si estuviera mareado, y en seguida tiene un ataque que se inicia por temblor en la pierna izquierda, temblor que luego es seguido de convulsiones clónicas que se generalizan á todo ese miembro y al brazo y la mitad de la cara del mismo lado; el ataque dura como veinte segundos, no hay pérdida del conocimiento, el enfermo no puede andar y queda con una hemiplegia.

En el enfermo de la observación núm. 3, aparece una hemiplegia derecha en un individuo que está afectado de una histeria de origen traumático. En una mujer de 60 años, histérica (observación 4.<sup>a</sup>) afectada de una disentería, aparece á los tres días una hemiplegia izquierda. Por resultado de un ataque de forma apopléctica en la enferma de la observación núm. 5; y en la núm. 6, en un individuo que tiene una emoción muy viva. Por lo que se ve, las causas de la hemiplegia histérica que hemos observado, aunque de lo más variables, se pueden reducir «á la sacudida moral intensa» de que habla BRIQUET.

En cuanto á la aparición de la hemiplegia, es frecuentemente súbita, pues ella sigue con gran frecuencia á un ataque de forma apopléctica. Según la estadística de BRIQUET, en 42 enfermos la parálisis apareció con bastante prontitud; había sido casi instantánea en los tres cuartos de los casos. El comienzo era anunciado por una hiperestesia del lado que debía ser paralizado en tres enfermos, por corea en otros dos y en dos más por un temblor de los miembros. En 32 enfermos la parálisis se produjo de manera tan lenta que su comienzo había pasado desapercibido.

Nosotros observamos que la hemiplegia en dos de nuestros casos se instaló rápidamente, en los otros el comienzo no se hace sino al cabo de algún tiempo, constituyéndose en dos de estos casos la hemiplegia gradualmente é iniciándose en uno por temblor.



\*  
\* \*  
\*

La parálisis en la hemiplegia, por lo general, aparece sobre los dos miembros á un tiempo; interesa á la vez, sin excepción, todos los músculos; CHARCOT la ha visto predominar una vez sobre los extensores del miembro inferior paralizado; existe con frecuencia asimismo en la cara, sea bajo la forma de espasmo glosio-labial, sea bajo la forma mucho más rara de verdadera parálisis con ó sin espasmos asociados. El espasmo labial puede situarse al lado opuesto de la hemiplegia.

En cuanto á la aparición de la parálisis en nuestras observaciones, vemos que en la mayoría de los casos la parálisis se ha iniciado casi conjuntamente en los dos miembros; sólo en la última aparece la parálisis del brazo algo después de la del miembro inferior. Referente al compromiso de los músculos de la cara, en cuatro enfermos existía un hemi-espasmo glosio-labial; en uno, en el de la observación número 3, una parálisis del facial inferior. Sólo en uno, parece al menos, no había compromiso de la cara.

En 1856, TODD, en una lección sobre la parálisis histérica se expresaba así: «la extensión de la parálisis á los miembros, mientras no exista en la cara, es un argumento en favor de la naturaleza histérica de la afección; porque, bien que la parálisis histérica pueda ocupar todas las partes del tronco y de las extremidades, muy rara vez, quizás nunca, ocupa la cara.»

Para corroborar su opinión sobre la rareza de la parálisis facial, TODD refiere un caso de hemiplegia en que ciertas particularidades, podrían hacer inclinarse al diagnóstico de histeria; pero la presencia de la parálisis facial, le permitió afirmar el origen orgánico de la afección. La autopsia que tuvo ocasión de practicar, le dió completa razón.

BRIQUET, decía en 1859, «la parálisis de los músculos de la cara, no es jamás aislada; se la ve siempre unida á una parálisis extensa de los miembros, de la cual ella no parece ser más que una especie de complemento, es siempre consecutiva á ésta. Es constantemente unilateral y situada lo más ordinariamente en el mismo lado que la parálisis de los miembros. Se la reconoce en una desviación de la boca, que se manifiesta, sea cuando el enfermo quiere hacer obrar los músculos de la cara, sea cuando estos músculos están en reposo; se acompaña constantemente de la anes-

tesia de la piel y de los sentidos del mismo lado, es ordinariamente de poca duración, porque es una parálisis que se disipa muy prontamente.»

Los casos de parálisis facial, que se llegan á observar, son siempre del facial inferior, no es nunca total como en las parálisis periféricas.

El espasmo glosio-labial se puede presentar en la hemiplegia con mucho más frecuencia que la parálisis del facial; lo han estudiado especialmente BRISSAUD y P. MARIE y en una memoria han llegado á estas conclusiones:

«En la hemiplegia histérica puede existir una desviación de la cara muy análoga, desde el primer momento, con la parálisis facial de las hemiplegias orgánicas.

Esta desviación de la cara de la primera se distingue de la que presenta la segunda, por los caracteres siguientes:

Estado de contracción espasmódica de la musculatura de un lado de la boca, en la que toma parte, casi exclusivamente, un solo labio, el superior ó el inferior; se acompaña de sacudidas, generalmente muy acentuadas.

En el acto de soplar, hay salida de aire, no del lado que se supondría estar paralizado, sino del lado en que existe el estado de contracción espasmódica. Desviación excesiva de la lengua, merced a lo cual, este órgano puede tomar las posiciones más raras, esta desviación tiene lugar en el lado en que existe el estado de contracción espasmódica, y se muestra lo más frecuentemente sin que la lengua sea sacada, por el solo hecho de abrir la boca; frecuentemente persiste un cierto tiempo después de la parálisis de los miembros.»

GILLES DE LA TOURETTE, sobre 10 casos de espasmo de la lengua, de los músculos de la cara y del cuello, comprendiendo el orbicular de los párpados, pudo establecer este hecho, que siempre las perturbaciones de la sensibilidad, anestesia ó hiperestesia precedían á estos espasmos; demostró, por el estudio minucioso de estas perturbaciones de la sensibilidad, que el espasmo llamado glosio-labial se extendía frecuentemente al cutáneo del cuello, de donde el nombre de espasmo glosio-labial-cutáneo, que le merecería ser atribuído en la mayoría de los casos.

La parálisis ó el espasmo glosio-labial se sitúan casi siempre en el mismo lado que la parálisis hemipléjica. El comienzo es rápido, pero se pueden notar ciertos dolores locales precursores.



El hemi-espasmo glosio-labial puede coexistir con la parálisis de la cara.

\*  
\*  
\*

En la gran mayoría de los casos, la hemi-anestesia, bajo la forma sensitivo-sensorial con pérdida del sentido muscular, es la forma predominante de la anestesia. Se nota rara vez la hiperestesia que existía en un caso de CHARCOT, pero bajo la forma de zonas hiperestésicas, reconociendo por causa la circunstancia, en todo particular, relativa á un traumatismo *in situ*. Existe diversos grados de esta manifestación que van de la hemi-paresia á la parálisis completa de los dos miembros.

En la forma media se nota, á la inversa de la hemiplegia orgánica, que el miembro inferior está siempre más completamente invadido que el miembro superior.

En efecto, mientras que el miembro superior conserva aun cierta fuerza apreciable al dinamómetro, existe cierta libertad de movimientos, de el que el enfermo se sirve para ayudar á sostenerse en su marcha, con la muleta colocada bajo la axila. La resolución del miembro inferior puede alcanzar tal grado, que sus músculos hayan perdido toda su tonicidad y que no sean más que una masa flácida, una especie de pierna de polichinela. Al mismo tiempo se notará á veces una laxitud tal de sus articulaciones que es susceptible de traer las deformaciones señaladas por BRIQUET:

«En un caso, dice, se efectuó, por razón del debilitamiento, una luxación de la rodilla, el fémur estaba desviado hacia dentro; en otros dos enfermos he visto la luxación tibio-tarsiana, etc.»

«Estas luxaciones deben ser, sin embargo, muy raras dice GILLES DE LA TOURETTE, porque jamás las hemos visto, fuera de las observaciones referidas por BRIQUET.»

En cuanto á las perturbaciones tróficas, BABINSKI dice: «Entre los diversos caracteres de la histeria, de esta neurosis tan fértil en manifestaciones de toda especie, hay una, de naturaleza negativa, que parece haber sido considerada hasta el presente como absoluta; consiste en la ausencia de perturbaciones tróficas. Este carácter negativo ha sido elevado á la categoría de ley, y un médico puede estar seguro al desechar del cuadro de la histeria todo síndrome al cual pueda ligarse alguna perturbación trófica.»

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL





«Los hechos recientemente observados en el servicio de CHARCOT han llegado á establecer que este carácter no es constante y que, por consiguiente, no constituye una ley, sino cuando más una regla.»

«Cuatro enfermos del servicio de CHARCOT, atacados de parálisis histérica, de los cuales dos eran de hemiplegia, presentaban en efecto en los miembros paralizados, una amiotrofia que no puede ser atribuída más que á la histeria.»

Referente á las perturbaciones de la sensibilidad hemos observado, por lo que se refiere á nuestros propios enfermos, por lo general, una hemi-anestesia bajo la forma sensitivo sensorial; con pérdida completa del sentido muscular como en la francesa de la observación núm. 1. En el francés de la observación número 2 notamos que esta hemi-anestesia no es profunda, pues el enfermo sentía si le imprimían movimientos á sus miembros paralizados; la anestesia no llegaba en el brazo más que hasta la parte media de su altura. Encontramos sólo una disminución de la sensibilidad poco acentuada, en dos enfermos; siendo casi insignificante esta disminución en el miembro superior en el enfermo núm. 6. Por lo general la hemi-anestesia era más marcada en el miembro inferior y se correspondía siempre con la parálisis.

En cuanto á las perturbaciones tróficas, sólo en un caso hemos observado una verdadera amiotrofia en el miembro paralizado, y es el de la enferma de 60 años cuya hemiplegia databa de algún tiempo, lo que la explicaría.



\* \* \*

Respecto á la marcha, he observado que en cinco enfermos, cuya hemiplegia era del tipo flácido, tenían la marcha propia de esta afección, marcha de TODD; los enfermos en mayor ó menor grado arrastraban su pierna paralizada según que su flacidez fuera más ó menos intensa; en un enfermo, el de la observación núm. 6, cuya hemiplegia estaba acompañada de contracturas fácil de vencer, el enfermo al andar casi no arrastraba su pierna y la mantenía en cierto estado de rigidez, circunstancia que el práctico no debe olvidar.

Esa marcha especial, que M. CHARCOT ha propuesto desig-



narla bajo el nombre de *marcha helcopode* (arrastrar), y producida por la extrema flacidez del miembro inferior, ha sido objeto de un estudio concienzudo por GILLES DE LA TOURETTE. TODD, cuyo nombre lleva generalmente, la ha descrito tan notablemente en el pasaje siguiente: «deseo, dice TODD en sus lecciones, llamar particularmente vuestra atención, sobre el caracter especial de los movimientos de la pierna paralizada cuando el enfermo marcha, lo cual, en mi opinión, es característico de la afección histérica. Si considerais una persona sufriendo de una hemiplegia ordinaria que está bajo la dependencia de una lesión orgánica del cerebro, os apereibiréis, que marchando, tiene un modo particular de llevar la pierna paralizada hacia delante; lleva primero el tronco del lado opuesto de la parálisis y apoya todo el peso del cuerpo sobre el miembro sano; entonces, por una acción de circunducción, lleva hacia delante la pierna paralizada, haciendo describir al pie un arco de círculo. Nuestro enfermo, al contrario, no marcha de esta manera, arrastra tras de él su miembro paralizado, como si se tratase de una pieza de materia inanimada, no se sirve de ningún acto de circunducción, no hace ningún esfuerzo para separarlo del suelo; mientras que anda el pie barre el suelo. Creo que esto es característico de la parálisis histérica.»

GILLES DE LA TOURETTE, agrega: «durante el primer período de la hemiplegia orgánica, el miembro inferior, entonces flácido, barre el suelo como en la hemiplegia histérica; pero este período, es de muy corta duración, porque la degeneración del haz piramidal, que no tarda en sobrevenir, provoca la contractura.»

«Lo que se puede afirmar, es que el tipo de la marcha descrito por TODD, es característica de la hemiplegia flácida; pero lo que se debe agregar inmediatamente es que cuando se ve en un adulto, una hemiplegia quedar flácida durante meses y años, deben sobrevenir necesariamente ciertas perturbaciones patognomónicas para que ella no sea de origen histérico.»

«Lo que es verdaderamente especial á la histeria, y lo que tan maravillosamente vió TODD, es esta parálisis tan absoluta, tan total, del miembro, «verdadera pieza de materia inanimada» según su propia expresión.» Por nuestra parte la hemos observado y considerado tan característica que creemos que quien una vez la ha visto no la olvidará jamás.

En cuanto al miembro superior, está inerte, flácido, pendiente

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

á lo largo del cuerpo, cae en masa cuando se le levanta, tal cual el brazo de un muñeco.

Un estudio más minucioso, permite comprobar que los músculos en su mayor parte han perdido su motilidad y que la mayoría de los movimientos ha llegado á ser imposible.

\*  
\* \*  
\*

En cuanto al estado de los reflejos en la hemiplegia histórica de forma flácida, la opinión de CHARCOT es que «en cuanto á los reflejos tendinosos, no están exagerados como en las hemiplegias vulgares; al contrario, están menos acentuados en el lado paralizado que en el lado sano, hemos, pues, de referirnos en este caso particular, no á una parálisis espasmódica, sino á una parálisis floja, pero no flácida.» PITRES, dice: «los reflejos están conservados sin exageración, ni debilitamiento.»

«Los reflejos tendinosos, el rotuliano en particular, no están generalmente alterados, dice GILLES DE LA TOURETTE, pero es preciso tener en cuenta, sin embargo, para no equivocarse de este hecho, que el lado sano puede ser atacado de temblor de grandes oscilaciones, que situándose sobre el miembro inferior, es susceptible de simular la trepidación epileptoídea, pero estos son hechos raros.»

Por nuestra parte hemos encontrado el estado de los reflejos en cuatro enfermos más bien disminuídos, y en dos aumentados; *pero clonus espontáneo no existía.* En general, podemos decir, en vista de nuestras observaciones, que el estado de los reflejos tendinosos en la hemiplegia histórica sufren pocas pero variadas modificaciones, que por lo mismo son de escasa importancia; pueden estar disminuídos, como también aumentados, siendo esto último, al parecer, no tan frecuente. En cuanto al clonus de la pierna podemos decir, que, al menos el que podamos llamar espontáneo, hace falta en esta afección; nosotros lo hemos observado en un enfermo, pero era provocado. En la observación que hemos tomado de la clínica y que corresponde á la núm. 6, notamos que existía clonus, pero era un caso de hemiplegia que la podemos colocar en la forma de contracturas, lo que, por supuesto, no le quitaría su importancia y creemos más bien que por su antigüedad ya los cordones medulares hubiesen sufrido degeneraciones.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



\*  
\* \*

Sobre la marcha y evolución de la hemiplegia histérica, hemos observado que es muy variable; así, en la enferma de nuestra observación número 1, vemos que después de cinco meses de una hemiplegia que la obligó por algún tiempo á estar en cama y que, á pesar del tratamiento que se le impuso, no se consiguió modificarla en nada, después de un ataque de mutismo histérico al cual fué necesario combatir por una enérgica faradización intrabucal, la enferma recobra los movimientos de su pierna paralizada súbitamente á los dos días, y pudo andar, y á los pocos días más tarde empieza á mover su brazo; pero queda persistiendo siempre la hemi-anestesia.

En otro enfermo, el de la observación número 2, hemos visto que la mejoría se ha ido haciendo de manera muy lenta y gradualmente, hasta constituir al presente sólo una incomodidad al andar y una ligera dificultad para el movimiento de supinación en el brazo que fué asiento de la parálisis.

En la observación número 6, nos encontramos con un enfermo que, á consecuencia de una emoción viva, es atacado de una hemiplegia derecha, que toma primero la pierna y al día siguiente el brazo; al cabo de dos días desaparece de la pierna, y en ocho más del brazo; como al mes se le vuelve á instalar, pero vuelve á desaparecer mediante una hipnotización; no pasan seis meses cuando el enfermo vuelve á contraer por tercera vez la hemiplegia, siempre del lado derecho. Esta hemiplegia revestía la forma de contracturas, pero fáciles de vencer; la cara no fué afectada. Después de un mes de tratamiento se consiguió que esta hemiplegia desapareciera.

Hemos observado otro enfermo, el de la observación número 8 en quien la hemiplegia fué consecutiva á un trauma, histeria traumática. Este enfermo fué curado de su hemiplegia sólo por sugestión hipnótica.

La marcha y la evolución de la hemiplegia histérica es, pues, muy variable en los casos en que existe solamente una hemiparesia con anestesia, en que los enfermos tienen simple conciencia que los miembros, del lado izquierdo por ejemplo, son más torpes, más inhábiles que los del lado derecho.

En la forma ordinaria, y con más razón cuando la parálisis es

muy acentuada, la hemiplegia constituye una invalidez, muy dificultosa; lo mismo cuando, lo que es de regla, el miembro superior, que está siempre menos invadido, puede ayudar á la marcha favoreciendo el uso de una muleta; sin embargo, en estos mismos casos serios, dice GILLES DE LA TOURETTE, opinión que también es la nuestra, puede desaparecer instantáneamente: y cita el caso de Marie-Anne Couronneau, que curó súbitamente, después de ocho meses de enfermedad, sobre la tumba de M. Rousse. Esta desaparición puede verificarse, no existiendo atrofia muscular por supuesto, por ejemplo bajo la influencia de una violenta emoción.

BRIQUET dice: «la hemiplegia es profundamente influenciada por las afecciones morales; así, agrega, he visto la mujer de un obrero, que estaba hemipléjica desde hacía varios meses y que no podía abandonar el lecho. En junio de 1848, en el momento de la insurrección de París, ella se levantó y siguió á su marido por todas las partes que éste frecuentó durante los tres días que duró la insurrección; y cuando todo hubo pasado en la ciudad, volvió á caer hemipléjica como antes, con dolores violentos.»

En el curso de la hemiplegia, los miembros paralizados son el sitio de dolores, sea espontáneos ó provocados, coincidiendo ó no con dolores de cabeza más ó menos vivos.

La hemiplegia histérica tiene, pues, una evolución variable, que puede oscilar de algunas semanas á varios meses ó años. BRIQUET había notado que estaba sujeta á recidivas, «lo que se comprende, dice GILLES DE LA TOURETTE, si se recuerda cuán tenaz es la hemi-anestesia», porque, según la ley, que frecuentemente hemos invocado, la anestesia llama á la amiotenia, que acentuándose, produce la parálisis.

\*  
\* \*

La forma de contractura de la hemiplegia histérica, y que hasta ahora sólo hemos tratado incidentalmente, es tan rara como frecuente lo es la forma de parálisis. BRIQUET, refiere un caso en una mujer que salía de un ataque de delirio y tuvo una contractura del lado izquierdo; VOULET ha referido diez casos de contractura hemipléjica: siete veces tomaba el lado izquierdo, tres veces el derecho. En cinco casos, la contractura atacó simultáneamente los miembros de un mismo lado; en dos casos afectó pri-

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



mero el miembro inferior, después el miembro superior; en los otros tres nada dice del modo de invasión.

Las causas de la contractura hemipléjica son variables: ataque de delirio en el caso de BRIQUET, reposo sobre la tierra húmeda, en el de CHARCOT; emoción viva, etc.

VOULET ha dado la descripción de la actitud del miembro superior. Distingue dos formas, un tipo de flexión el más frecuente y un tipo de extensión que es muy raro.

En la primera forma, «el brazo en la adducción está aplicado sobre la parte lateral y un poco anterior del torax; el antebrazo, de ordinario, en la supinación está flexionado en ángulo recto sobre el brazo, y reposa por su borde cubital sobre la base del torax; la mano está fuertemente flexionada en ángulo recto sobre el antebrazo, los dedos están fuertemente flexionados sobre la palma de la mano, y lo más frecuentemente el pulgar está en la adducción recubierto por los otros dedos.»

«En la segunda forma, todo el miembro superior está en la extensión, y habitualmente extendido á lo largo del tronco; la mano está un poco flexionada sobre el antebrazo y en pronación forzada, de tal manera que la palma mira directamente á fuera y un poco hacia arriba; los dedos están ligeramente flexionados sobre la palma de la mano.»

Por lo general, las articulaciones están muy rígidas; los esfuerzos que se hacen para enderezar el miembro son dolorosos frecuentemente.

En cuanto al miembro inferior, está ya en la extensión simple, ya en la extensión con rotación hacia dentro.

«La cadera, la rodilla, el pie están rígidos y no pueden ser flexionados; el miembro, en conjunto, no puede ser llevado hacia fuera; la rótula viene á apoyarse sobre la cara interna de la rodilla de la pierna sana. En razón de la contractura de los músculos de la cadera y de una ligera elevación de la pelvis de este lado, el miembro contracturado parece un poco más corto que el miembro sano.»

«El pie tiene la actitud del pie bot-varus-equinus; el talón está más levantado; la cara dorsal del pie está invertida hacia fuera; la cara plantar llega á ser cóncava y mirando hacia dentro y arriba; el pie reposa sobre el borde externo. En general, los orfejos están flexionados más ó menos fuertemente, el maléolo interno está borrado y el externo muy prominente.»

Esta descripción corresponde á la mayoría de los casos; pero por lo demás, estas actitudes son de lo más variables.

La forma hemipléjica de la contractura se acompaña generalmente de hemi-anestesia sensitivo-sensorial; pero, más frecuentemente que en la hemiplegia paralítica, se nota la hiperestesia, á veces dolorosa; se presenta á veces en placas diseminadas (CHARCOT).

La hemi-contractura es generalmente menos tenaz que la parálisis. Tiene la tendencia de cambiar de sitio, pasarse al lado opuesto y á transformarse en monoplejia, flácida ó espasmódica, ó en hemiplegia paralítica. Puede también ser secundaria á la forma paralítica.

Es muy influenciada por los ataques y se acompaña muy frecuentemente de otras manifestaciones histéricas.

Los reflejos pueden presentarse, ya exaltados ó disminuídos, lo más frecuentemente exagerados (los tendinosos).

En nuestra observación número 6, caso que podemos incluir en la forma de contractura de la hemiplegia, las contracturas eran muy poco resistentes, algo flácidas, no pasaban de ser más que una ligera rigidez de las articulaciones del lado de la hemiplegia; en el brazo casi no existía esta rigidez, sólo había una ligera paresia y disminución de las fuerzas; esto era en el lado derecho. El miembro inferior, que es donde notamos las contracturas, parecía que lo estaba más corto; al andar arrastraba la pierna, y para separar el pie del suelo levantaba primeramente el talón y lo hacía girar hacia dentro. La marcha, se acompañaba de dolor en la parte súpero-interna del muslo.

En el enfermo de la observación número 2, notamos una contractura secundaria en los dedos del pie izquierdo (pie espasmódico), el dedo gordo en hiperextensión y los otros dedos dirigidos hacia abajo (en garra).

Concuerdan, pues, con las observaciones de los demás autores, sólo que en nuestra observación 6.<sup>a</sup> el clonus del pie pudo dar ocasión á equivocaciones en un luético. Creemos, sin embargo, que el método usado en la clínica para investigar el clonus es un método de resultados, aunque muy claros, demasiado minucioso.

\*  
\* \*

Al proceder al diagnóstico de la hemiplegia histérica con el de las hemiplegias orgánicas, nos hemos fijado en tres puntos capita-

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



les, á saber: su etiología que, como ya lo hemos dicho, es en todo especial en la hemiplegia histérica, la coexistencia de la hemianestesia con las parálisis y las perturbaciones sensitivo-sensoriales; y en tercer lugar, la marcha helcopode, que tan admirablemente ha descrito TODD, y que por sí sola constituye en la hemiplegia histérica un punto de referencia capital para su diagnóstico.

CHARCOT ha hecho del diagnóstico de la hemiplegia histérica con la orgánica objeto de un estudio profundo; refiere un caso en el cual el diagnóstico no dejaba de ofrecer ciertas dificultades; se presentan, particularmente, cuando la hemiplegia que se supone ser de origen orgánico se acompaña de anestesia sensitivo-sensorial.

Se sabe, en efecto, que la hemianestesia misma, acompañada de estrechamiento del campo visual, no es siempre de origen histérico, pues ella puede estar ligada á lesiones, sea capsulares, sea corticales. Sin embargo, su rareza en estos últimos casos y su frecuencia en la histeria, es una presunción muy importante, cuando ella existe, en favor de la neurosis.

Existe, por otra parte, muchos otros caracteres diferenciales, fuera de aquellos que se podrían deducir de la existencia de las perturbaciones de la sensibilidad. La parálisis facial en la hemiplegia orgánica se sitúa al mismo lado que la hemiplegia; en la hemiplegia histérica puede situarse en el lado opuesto, siendo sólo un espasmo y no una parálisis de lo que se trata, ya hemos expresado la opinión de TODD; CHARCOT, por su parte, piensa lo mismo sobre este punto.

Mientras que los reflejos tendinosos quedan normales ó están disminuídos en la hemiplegia histérica, no tardan en exagerarse en la hemiplegia orgánica y van frecuentemente hasta la trepidación epileptoídea; en la hemiplegia histérica con contractura puede observarse una exaltación de los reflejos; pero no comparable con la de la primera.

El diagnóstico en general no presenta dificultades; pero el punto importante es que puede asociarse con una hemiplegia orgánica.

La hemiplegia histérica es poco tenaz en los niños y también rara. La hemiplegia indica en los adultos una tendencia á las manifestaciones graves de la neurosis; dice GILLES DE LA TOURET-

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL





TE, y se admira de lo que dice BRIQUET á propósito del pronóstico de esta parálisis: «La hemiplegia histérica no es ordinariamente de gravedad; casi siempre los enfermos curan, sea espontáneamente, ó ya sea á consecuencia de un tratamiento conveniente.»

\*  
\* \*  
\*

En la curación, en general, de estas manifestaciones histéricas deberá siempre tenerse presente; que es preciso intervenir rápidamente si se quiere llegar á dominar los accidentes, cuya tenacidad es tanto mayor cuanto más duración ha tenido.

En la hemiplegia histérica se recurrirá inmediata y enérgicamente á las corrientes farádicas ó chispas electro-estáticas; las sesiones serán cotidianas y prolongadas y á la electrización se agregará el masaje por frotamiento, que, como se sabe, es un excelente modificador de las perturbaciones de la sensibilidad cutánea. Se hará ejecutar pasivamente, y repetidas veces, en el miembro paralizado, los diversos movimientos fisiológicos. Energía y seguridad por parte del médico son indispensables. Se tratará por esos medios de poner en obra el tratamiento psíquico, porque así se despertará, por intermedio de aquellos movimientos comunicados, las imágenes motrices que parecen hacer falta en el sujeto.

CHARCOT dice: «En primer lugar, se obra tanto como sea posible sobre el espíritu de los enfermos, asegurándoles de una manera formal de esto, que por otra parte estamos completamente convencidos, que su parálisis, á pesar de su larga duración, no es incurable y que, al contrario, ella curará con toda certidumbre con la ayuda de un tratamiento apropiado, al cabo de algunas semanas quizás, si ellos quieren ayudarnos. En segundo lugar, los miembros afectados serán sometidos á una gimnasia especial. Podemos aprovechar los movimientos voluntarios que aún subsistan aunque débilmente, nosotros trataremos de aumentarlos progresivamente con órdenes enérgicas y repetidas en cada experiencia; este ejercicio se hará regularmente en cada hora del día, tres ó cuatro veces. Estas últimas pruebas no deben ser ni muy prolongadas, ni muy multiplicadas.

Hemos notado, en efecto, que cuando los ejercicios son llevados muy lejos, ó repetidos muy frecuentemente, la cifra máximum marcada por la aguja del dinamómetro tiende á descender.»



Si la impotencia motriz es completa, GILLES DE LA TOURETTE indica el procedimiento siguiente:

«El brazo derecho, por ejemplo, es el paralizado: se coloca la mano derecha de plano, cerca de la mano izquierda sana; después se manda al sujeto mover lentamente el pulgar izquierdo, mientras que él fija su atención y su vista, sobre el pulgar derecho paralizado. Este medio es excelente para despertar las imágenes motrices. Con un poco de perseverancia se ve, al cabo de un cierto tiempo, siempre variable por otra parte, reaparecer los movimientos, en el pulgar primero, después en los otros dedos y en fin en el miembro derecho entero. Combinando estos medios psíquicos con las excitaciones físicas, se obtienen casi siempre excelentes resultados.»

Nuestro mejor guía en la apreciación de la duración exacta del tratamiento será las perturbaciones de la sensibilidad; si los movimientos han desaparecido y paralelamente á éstos la anestesia, la curación es completa; pero si la anestesia persiste, mientras que el miembro parece haber recobrado sus funciones motoras, la parálisis no debería ser considerada como curada; es preciso luchar hasta la desaparición de la anestesia.

También se podrá recurrir á la hipnotización, cuando el sujeto es hipnotizable. Frecuentemente se obtiene que los enfermos anden, mientras ellos están en el estado sonambúlico; pero la parálisis vuelve al despertar. Insistiendo un poco en estos casos y estando el sujeto favorablemente impresionable, se determina generalmente la curación, es decir la realización de la sugestión en el estado de vigilia.

En los casos de contractura, se recomendará el masaje, la malaxación de los músculos antagonistas, pero su aplicación, para que sea fructuosa, necesita dos condiciones: una intervención rápida y la posibilidad misma de obrar sobre los antagonistas. Se ensayará la electricidad, que se aplicará con discernimiento. Corrientes farádicas cuando se acompañe de anestesia y estática, en la hiperestesia.

Si el sujeto es hipnotizable se vencerá la contractura durante el sueño hipnótico. También se recurre á otro procedimiento terapéutico: el sueño clorofórmico.

En fin, en una hemiplejia histérica, se empleará, por lo demás, el tratamiento general de la histeria; si el sujeto está muy debilitado, se emplearán los reconstituyentes, ferruginosos, etc. Si



no duerme se le administrará algún hipnótico, sulfonal, trional, etc., indicaciones cuya oportunidad no se escaparán al médico práctico.

## OBSERVACIONES

## I

E. C. Niña de 16 años, de nacionalidad francesa.

*Antecedentes hereditarios.*—Su madre murió de tuberculosis; tiene dos hermanas menores, una de ellas sufre de ataques de histeria, la otra, tuvo hace dos años pequeños dolores en un oído y fué perdiendo poco á poco la audición hasta quedar con una sordera.

*Antecedentes personales.*—En septiembre del 94 comenzó á sentir una afección al estómago que la hacía consistir en dolores y en la sensación de como si le desgarrasen en pedazos ese órgano, su familia lo atribuía á la existencia de una tenia.

Después la enferma, sentía en el hipocondrio izquierdo, una sensación de bola que le llegaba á subir hasta la faringe, produciéndole entonces una especie de constricción con sofocación y ahogos. Luego después todo pasaba.

Cuando estaba dormida se la sentía quejarse del estómago, producía con la boca algunos pequeños ruidos, y luego despertaba con el mismo dolor.

En enero (97), sufrió un ataque que apareció rápida y súbitamente, pero hacía algunos días que se quejaba de dolores de cabeza y malestar al estómago. El ataque comenzó por una alucinación de la visión, veía que sus vestidos se le incendiaban y la perseguían unos perros, mientras ella hablaba como enajenada; esto duró un cuarto de hora.

Después se puso á llorar, quedando con cansancio, con los ojos cerrados, pero no dormía; durante todo este tiempo había perdido el conocimiento de las personas. Después quería hablar, pero no podía hacerlo; poco á poco le fué volviendo el conocimiento y le aparecieron movimientos coreicos en las manos y pies; al mes ya estaba sana.

A los dos meses aparecen de nuevo los mismos ataques, con idénticos caracteres é igual terminación; la duración fué igual al anterior; lo único de nuevo que hubo, era que la enferma se arrancaba los cabellos.

*Enfermedad actual.*—En abril, después del último ataque fué llevada al Hospital de San Borja; al día siguiente la enferma amaneció con la pierna izquierda paralizada, luego progresivamente la parálisis se extendió de abajo á arriba, tomando pie, pierna, muslo, mitad izquierda del tronco, brazo y cara (todo el lado izquierdo).

Al mes perdió la visión por el ojo izquierdo.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Se la trajo á la clínica de enfermedades nerviosas el 7 de mayo.

Lo que llamaba la atención desde el primer momento, era que la enferma andaba con suma dificultad, tomada por dos personas. Al dar el paso la enferma arrastraba pesadamente su pierna izquierda como un cuerpo muerto y su pie barría el suelo (marcha de TODD); su brazo izquierdo caía pesadamente é inerte á lo largo del cuerpo.

En la cara se constataba una desviación algo pronunciada de la boca y lengua al lado izquierdo.

El examen de la sensibilidad reveló una hemi-anestesia del lado izquierdo. La sensitiva sensorial estaba disminuida en el mismo lado (gusto, olfato, oído), en el ojo izquierdo una amaurosis aunque no completa.

Los reflejos tendinosos, del lado izquierdo disminuídos, en el derecho conservados.

*Diagnóstico.*—Hemiplegia histérica flácida del lado izquierdo.

*Tratamiento.*—Sugestión. Electricidad, corrientes farádicas en los miembros paralizados, en sesiones de día por medio.

Posteriormente la enferma ha tenido varios ataques de histeria menor, como sonambulismo y en septiembre le sobrevino un ataque de mutismo (afonía completa), una enérgica faradización intra-bucal hizo desaparecer el mutismo y dos días después desapareció súbitamente la parálisis de la pierna y pudo andar; el brazo quedó paralizado, pero á los pocos días empezó a moverlo. La hemi-anestesia del lado izquierdo persiste.

La enferma no ha vuelto á la clínica.

Noviembre 20 del 97

II

E. T. Francés de 24 años, profesión dibujante, soltero.

Este enfermo hace dos años que llegó de Francia, traía esperanzas y proyectos de trabajar y dedicarse á su profesión, pero le ha ido mal y esto lo ha tenido en cierto estado de abatimiento moral, sintiendo verse alejado de su país y familia.

*Antecedentes hereditarios.*—Su padre dice, que ha sufrido de apoplejía; madre nerviosa, de carácter demasiado vivo; una tía reumática; fueron ocho hermanos, seis muertos de meses; ignora la causa.

*Antecedentes personales.*— Cuando pequeño tuvo coqueluche después dice que ha sido muy sano.

*Hábitos*—Usa alcohol (una botella diariamente).

*Enfermedad actual.*— Dice el enfermo que el 23 de febrero (97) al medio día, estando bueno de salud, pero como siempre preo-

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

cupado de su situación, andaba por una calle en Valparaíso cuando sintió una sensación vertiginosa, como si estuviera mareado, y en seguida tuvo un ataque que se inició por un temblor en la pierna izquierda, que luego fué seguido de convulsiones clónicas en esa pierna; pronto se generalizaron á todo ese miembro y al brazo del mismo lado lo que lo obligó á caer al suelo; no tuvo pérdida del conocimiento, ni perturbación de la palabra; también tuvo movimientos clónicos en los músculos de la cara en el lado izquierdo.

Este ataque dice que le duró como veinte segundos; el enfermo no pudo andar, fué recogido y llevado al hospital; había quedado con una parálisis del lado izquierdo; un practicante le exploró la sensibilidad y comprobó una hemi-anestesia en el lado izquierdo; esta pérdida de la sensibilidad no era profunda, pues el enfermo sentía si le imprimían movimientos á sus miembros paralizados. También sintió el enfermo una cefalalgia, que consistía en un dolor muy intenso, compresivo, al nivel de las sienas, dolor que le duró por el día.

La boca estaba desviada hacia el lado izquierdo, esta desviación parece que era debida á una contractura de los músculos de ese lado; la lengua no la examinaron.

Al mes pudo el enfermo levantarse de la cama, la marcha que era muy dificultosa, la hacía ayudado de un bastón; el enfermo daba el paso con la pierna derecha y en seguida arrastraba ruidosamente la pierna izquierda, como un cuerpo inerte y con el pie barría el suelo, (marcha de TODD).

El brazo izquierdo lo tenía en semi-flexión y pronación con la mano extendida, los movimientos estaban imposibilitados, la anestesia llegaba solamente hasta la parte media de la altura del brazo.

No ha tenido perturbaciones ni de la vejiga ni del recto.

La memoria ha quedado debilitada.

*Estado actual.*—Vino á la clínica el 26 de octubre. Dice el enfermo que desde un mes á esta fecha, que los movimientos del brazo se le han ido haciendo más fáciles y al presente están casi normales, salvo el de supinación y los de la mano que los tiene dificultados. La marcha es más fácil y ya no alcanza á arrastrar el pie. En el pie izquierdo existe una contractura de los dedos (pie espasmódico, el dedo gordo en hiperextensión y los otros dedos hacia abajo (como en garra).

La lengua está un poco desviada al lado izquierdo y la ceja de ese lado algo caída.

La sensibilidad, está disminuída en el lado izquierdo. Los reflejos tendinosos están exagerados, hay clonus de la pierna izquierda, pero provocado.

El gusto casi abolido en el lado izquierdo. Campo visual y visión de los colores normal.

*Diagnóstico.*—Hemiplegia histérica, lado izquierdo.



En cuanto á los reflejos hay que notar, que hay una forma de hemiplegia en que pueden estar exaltados, como lo hizo notar el doctor URREGO en una clase, examinando este enfermo con el de la observación anterior.

*Tratamiento.*—El enfermo había estado sometido al tratamiento yodurado, Se le prescribió la sugestión que se verificaba con un diapason eléctrico. Electricidad. Corrientes farádicas en los miembros paralizados, día por medio.

En diciembre, al cerrarse el curso, el enfermo estaba mucho mejor.

### III

P. B., francés, de 33 años, casado, profesión mecánico.

*Antecedentes hereditarios.*—Nulos.

*Antecedentes personales.*—El 82 tuvo hemorragia, el 85 cólicos hepáticos (con ictericia bien marcada), el 92 recibió un gran traumatismo en la región torácica anterior izquierda, resultando con la fractura de dos costillas, de resulta de esto quedó con un dolor intenso que lo tuvo durante dos años.

El enfermo es sumamente nervioso, especialmente cuando bebe. De vez en cuando tiene sueños desagradables, con sustos, sobresaltos, insomnios, cambio de caracter.

*Hábitos.*—Muy alcohólico.

*Enfermedad actual.*—A fines de diciembre del 96, le comenzó la enfermedad que lo trajo á la clínica, (6 de mayo del 97). Se inició por dolores punzantes y lancinantes que sólo aparecían cuando hacía algún movimiento; estos dolores ocuparon primero la región torácica anterior izquierda (región precordial); á los quince días más tarde aparecen, en el codo izquierdo, dolores con los mismos caracteres, pero más intensos que los de la región precordial; notó después el enfermo que en dicha articulación, la apófisis olecraniana del cúbito iba aumentando de volumen y llegó al máximum de grosor en el espacio de un mes, la piel que cubría esta articulación estaba roja. A los veinte días más tarde aparecen dolores aun más intensos en todo el largo del borde externo del muslo derecho. (que según el enfermo, correspondería al trayecto del nervio ciático).

El enfermo ha permanecido en cama durante todo este tiempo á causa de la dificultad de permanecer de pie por los dolores que se hacen sumamente intensos en la estación vertical.

Después le vino una paresia, acompañada de una hemi-anestesia en el lado derecho.

*Marcha.*—El enfermo logra apenas dar algunos pasos, merced á la ayuda de una persona y con el auxilio de muletas; al andar arrastra su pierna como cuerpo inerte y barre el suelo con el pie, esto sucede con la pierna derecha, (marcha TODD).

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

En el brazo derecho, los movimientos algo dificultados; tiene menos fuerza que en el izquierdo.

*Sensibilidad.*—En todo el miembro inferior derecho se nota una hemi-anestesia muy marcada.

*Reflejos.*—Los tendinosos, reflejo patelar del lado derecho muy disminuido, el del lado izquierdo normal.

Existía también una ligera parálisis del facial inferior derecho.

*Diagnóstico.*—Histeria traumática y consecutiva á ésta una hemiplegia del lado derecho.

*Tratamiento.*—Sugestión y corrientes farádicas; á los pocos días ya estaba sano de su hemiplegia después de una sesión de hipnotización.

Las observaciones siguientes son tomadas de los archivos de la clínica nerviosa.

## IV

C. M., de 60 años.—Antecedentes hereditarios, nulos.

*Antecedentes personales.*—Primera menstruación á los 13 años; de su matrimonio tuvo diez hijos y tres abortos. Dice que hace como diez años tuvo una parálisis del lado izquierdo que se inició de una manera brusca, notó primero que no tenía fuerza en el labio para hacer la succión; inmediatamente después, que la boca se le desviaba hacia el lado izquierdo y el ojo de este lado hacia fuera; tuvo una anestesia completa en el lado izquierdo. Al mes dice que tuvo ataques de desmayos, que venían precedidos de una sensación de ahogo y una desesperación muy grande acompañada de grandes movimientos de los miembros, de tal manera que la tenían que sujetar; hacía pedazos sus vestiduras y después quedaba desmayada por dos horas más ó menos; durante el ataque sentía todo lo que pasaba á su alrededor, la conversación, etc.; pero ella no podía participar de nada, después del accidente no tenía recuerdo de lo que había pasado; pero recordaba lo sucedido inmediatamente antes del ataque.

Estos ataques le venían generalmente cuando tenía una gran incomodidad, y le duraron por espacio un año más ó menos.

*Enfermedad actual.*—Hace como nueve meses que tuvo una disentería, á los tres días de haber sanado se sintió mal, notó que tenía la pierna izquierda muy pesada, no podía levantarla para andar, la arrastraba como un cuerpo inerte. El brazo del mismo lado lo tenía caído y como flácido, sin poder hacer movimientos con él; dichos miembros estaban helados y eran el sitio de una anestesia.

*Estado actual.*—En la cara, la boca está desviada hacia el lado izquierdo, lo mismo que el velo del paladar; la mirada es fija; cada diez minutos más ó menos le viene un espasmo de los



músculos del lado izquierdo; el párpado superior del ojo izquierdo contraído.

*Sensibilidad.* Anestesia del lado izquierdo de la cara, sensibilidad disminuida en la mitad izquierda del velo del paladar y esclerótica del mismo lado. Anestesia sensitiva-sensorial, el gusto abolido y la audición disminuida en el lado izquierdo.

Hemi-anestesia de los miembros superior é inferior izquierdos. En la marcha se nota cierta dificultad, la pierna izquierda está pesada y la arrastra al dar el paso; los movimientos están dificultados lo mismo que en el brazo izquierdo. Los miembros afectados están un poco más adelgazados que los del lado sano.

Reflejos, patelar disminuído en el lado izquierdo.

*Diagnóstico.*—Hemiplegia histérica.

*Tratamiento.*—Electricidad farádica en los miembros afectados. Medicamentos ferruginosos.

Mayo 7 del 94.

V

R. J.—De 30 años, soltera, dueño de casa.

*Antecedentes hereditarios.*—Sin importancia.

*Antecedentes personales.*—Cuando pequeña tuvo la viruela; primera menstruación á los 13 años; desde algún tiempo á esta parte viene sufriendo continuas jaquecas. Es de temperamento muy nervioso.

*Enfermedad actual.*—Dice la enferma, que hace como ocho meses, que sufrió una emoción moral muy grande, debida á una fuerte impresión que la afectó mucho. Dirigiéndose al segundo piso de su casa, se le presentó la visión del cadáver de un deudo; cae súbitamente al suelo con pérdida del conocimiento. Trasladada á su lecho, no volvió en sí, sino al cabo de dos horas; se pudo notar que no podía servirse de su pierna y brazo izquierdos. La comisura labial se había desviado á la derecha, su ojo izquierdo no funcionaba correctamente, había un estrabismo y la visión por este ojo estaba dificultada, veía los objetos oscuros. Sentía un dolor muy grande en la región occipital; estaba afásica; tenía incontinencia de orina y materias fecales; estando todo esto acompañado de fiebre.

Estos fenómenos fueron desapareciendo paulatinamente; recuperando primero los movimientos de los músculos de la cara y lengua; después, pero no completamente, los movimientos de la pierna y por último los del brazo. La incontinencia desapareció á los siete ú ocho días.

*Examen objetivo.*—Al hacer que la enferma efectúe algún movimiento de los músculos de la cara (como por ejemplo reirse) se nota una ligera desviación de la comisura labial á la derecha.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



En el brazo izquierdo se nota una ligera dificultad al ejecutar los movimientos, sobre todo el de supinación.

En la pierna izquierda existe una paresia no muy acentuada. La marcha es pausada, arrastra la pierna como un cuerpo inerte y su pie alcanza á rozar el suelo.

*Sensibilidad.* Existe una hemi-anestesia poco profunda en el lado izquierdo.

El gusto está abolido en el mismo lado.

Sueño, es malo, muy perturbado, insomnios.

Reflejos tendinosos algo disminuídos en el lado izquierdo.

*Diagnóstico.*—Hemiplegia histérica.

*Pronóstico.*—Favorable.

*Tratamiento.*—Electricidad, corrientes farádicas. Modificar el sueño; se le dió un gramo de trional en la noche. Valerianato de amonio de Pierlot, una cucharada dos veces al día.

Octubre del 95.

## VI

A. P.—Griego, de 27 años, pintor.

*Antecedentes hereditarios.*—Sin importancia.

*Antecedentes personales.*—Su vida ha sido muy aventurera, ha residido en diversos países. El año 86 contrajo sífilis; el 89 blenorragia, ese mismo año tuvo fiebre amarilla en Panamá.

Llegó á Chile el año 90; á los pocos años, desde el 94, viene notando grandes cambios en su carácter, estaba triste, aburrido, con cierto estado de depresión intelectual, tiene continuos sufrimientos morales. Contrae matrimonio, y desde entonces su vida no es más que un continuo disgusto. Cada día es más inepto para el trabajo, su oficio que era de pintor, no lo podía desempeñar, temblaba al subir á una escala y á veces no podía subir á ella.

Se sentía muy nervioso, extremadamente sensible, comenzaba á notarse perturbaciones en la sensibilidad, como hormigueos en las piernas, calambres en la planta de los pies, las extremidades siempre frías.

*Hábitos.*—Muy alcohólico; su vida ha sido siempre muy desarreglada.

—A fines del año 94, á consecuencia de una emoción moral muy viva que experimentó al ver á un amigo que tenía un dedo rígido y se lo estaban examinando, amaneció al día siguiente con una pesadez de la pierna derecha; arrastraba la punta del pie.

En la tarde del mismo día la pierna estaba rígida, los movimientos y la marcha estaban imposibilitados, la sensibilidad estaba algo disminuída.

Al día siguiente el brazo derecho amaneció contracturado, lo tenía en semi-flexión, los movimientos muy dificultados, lo movía con bastante trabajo.

También tuvo perturbaciones de la palabra; había momentos en que no podía articular las palabras y al rato hablaba con entera facilidad; esto duró solo el primer día.

Al cabo de dos días desapareció la rigidez de la pierna y á los ocho días brazo y pierna habían recobrado sus movimientos, quedando solo en la parte supero externa del muslo una dolorosa sensación de rigidez; este dolor pasaba del muslo al tercio ínfero-externo de la pierna.

Ese mismo año sufre de cefalalgias occipitales y de dolores osteócopos en los brazos y piernas, dolores que se acentuaban más en la noche.

En diciembre de ese año se viene al sur (residía en Antofagasta) y en el vapor le vuelve la misma afección que hemos descrito anteriormente, limitada solo á la pierna derecha y acompañada ahora de temblor á ese miembro; una vez desembarcado no pudo andar durante 15 minutos, los temblores se generalizaron á las dos piernas; estando ya en cama los temblores cesaron y los movimientos en la pierna derecha eran más fáciles.

En enero del 95, viene á la clínica de enfermedades nerviosas, con una impotencia motriz incompleta, del brazo y pierna del lado derecho.

Asistió sólo tres días. Con hipnotismo y aplicación de corrientes farádicas, recobró los movimientos del brazo.

*Enfermedad actual.*—En junio del 95, se volvió á presentar á la clínica. El enfermo presenta ligeras contracturas en el miembro inferior derecho; al andar arrastra la pierna y para separar el pie del suelo, levanta primero el talón y lo hace girar hacia dentro. La marcha se acompaña de dolor á la parte súpero-interna del muslo.

Sentado ejecuta los movimientos de la pierna derecha con alguna dificultad y se vencen con poca resistencia.

Brazo derecho, hay una ligera paresia y la fuerza está disminuída con relación al izquierdo.

Dinamómetro { derecho—40  
                  { izquierdo—45

Sensibilidad; existe una hemi-anestesia poco profunda en el lado derecho, mayor en el miembro inferior.

Existe también dolor á la cintura y rigidez en la columna; mucha dificultad para ponerse de pie.

Olfato i oído disminuídos en el lado derecho; vista, micropsia por ambos ojos y el campo visual algo disminuído en el derecho.

Reflejos tendinosos, exagerados, sobre todo el patelar, hay clonus, más en la pierna derecha.

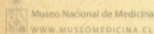
El sueño está malo, lo mismo que la memoria, hai amnesia, se olvida de lo que le ha pasado.



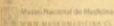
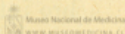
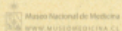
*Diagnóstico.*—Hemiplegia histérica incompleta con contracc-  
turas.

*Tratamiento.*—Sugestión hipnótica. Electroterapia. Como el  
enfermo es luético y ha presentado últimamente manifestaciones  
como los dolores osteócopos, se le ha sometido al tratamiento  
específico misto.

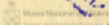
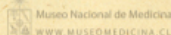
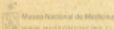
Junio 6 del 95



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

19,842.—IMPRENTA CERVANTES, Bandera, 46.

