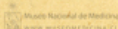


Museo Nacional de Medicina

HISTERO-LUES

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

POR

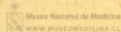
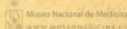


RICARDO MESA TORRES

(Ex-interno de las Clínicas de los Profesores del Río, Körner y Cienfuegos,
y ayudante de la Clínica Oftalmológica)

MEMORIA

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

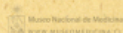
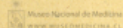
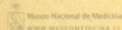


(Publicado en la REVISTA MÉDICA DE CHILE, tomo XXVIII — 1900)



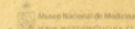
Museo Nacional de Medicina

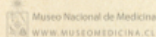
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL





A mi Jefe y sabio maestro

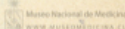
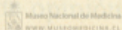
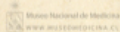


Museo Nacional de Medicina *Profesor Cienfuegos*

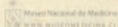
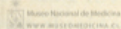
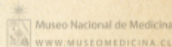
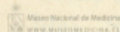
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

tributo de admiración y respetuoso reconocimiento.

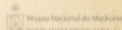
RICARDO MESA TORRES

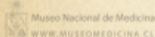


Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

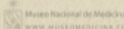
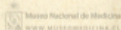


Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

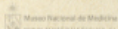
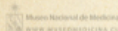
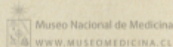
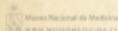




Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



(Publicado en la REVISTA MÉDICA DE CHILE, tomo XXVIII — 1900)

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

HÍSTERO-LUES

POR

RICARDO MESA TORRES

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

No obstante el carácter infeccioso por excelencia de la sífilis, producida, al decir de LUSTGARTEN, por un bacilo semejante al de la tuberculosis, no ocupa sino para muy pocos el lugar que la corresponde en la etiología de la histeria.

Los trabajos publicados y el arsenal de la clínica del señor profesor ORREGO LUCO adelantan muchísimo en el esclarecimiento de la relación que guardan entre sí ambas afecciones, y nos permiten formarnos un concepto seguro sobre cuál de las dos corrientes de opinión formuladas al respecto es la más razonable.

La escuela de CHARCOT, dominada por el lema «La sífilis no produce más que sífilis», sostiene con vigor que la sífilis es incapaz de ser causa eficiente de las neurosis que aparecen durante su evolución aprovechando el desgaste del organismo que lo coloca en condiciones de que prendan en él así la histeria como la tuberculosis. Inspirado en estas mismas doctrinas es lo que BRISSAUD declara: «La histeria es una é indivisible». Su tratamiento consiste en el que le es peculiar, y no en el de la afección que la ha hecho nacer al azar, por el debilitamiento que le es inherente.

Por otra parte, FOURNIER en Francia y ORREGO LUCO aquí, se han levantado en contra de tales creencias para arribar á la conclusión opuesta, cual es la de que la sífilis puede ser productora *inmediata* de la histeria. En vista de los numerosos ejemplos que confirman sus teorías, nosotros no podemos menos que inclinarnos de su lado y contribuir en lo posible á



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



que se conozcan dichos ejemplos, que tanta luz arrojan en esta interesantísima cuestión.

Sin embargo, hay acuerdo en aceptar que la sífilis reagrava una histeria preexistente que hace recidivar una histeria aparentemente sana aun desde mucho tiempo (1), y que despierta una histeria *latente*, sin síntomas, con estigmas que no llaman la atención de los enfermos. Donde existe el desacuerdo es en la apreciación de la histeria que aparece en sífilíticos, sin asomos siquiera de antecedentes neuropáticos hereditarios ni personales.

Concerniente á esta hístico-lues, como la denominaremos, el mismo FOURNIER admite dos modalidades: una que coloca entre las afecciones parasifilíticas (2) la *histeria parasifilítica*; otra que estima como *accidente* de la sífilis, especialmente en su período secundario, y por lo cual la titula *histeria secundaria específica*.

FOURNIER llama afecciones parasifilíticas aquellas manifestaciones mórbidas de *origen* sífilítico, nacidas de la sífilis, que sin ésta no se producirían, pero que no son de *naturaleza* sífilítica, es decir, que no son influenciadas por el tratamiento específico (3). En el caso poco común de que sean influenciadas por el tratamiento, lo son de un modo indirecto, mediato, por intermedio de la diatesis. Hay un abismo de diferencia entre el resultado de la terapéutica específica sobre las manifestaciones sífilíticas verdaderas, un goma por ejemplo, y las parasifilíticas, como la sífilides pigmentaria (collar de Vénus). Dejemos la rutina de que todo lo sífilítico cura con el tratamiento específico, y de que lo que no cura no es sífilítico. (FOURNIER).

(1) El doctor PAUL RAYMOND cita el caso de una histérica que se dio por sana a los 17 años, cuya enfermedad reapareció seis años después á causa de sífilis secundaria. Podríamos agregar muchos casos semejantes.

(2) Este término lo toma FOURNIER del malogrado doctor griego EUGENIO BENOIST.

(3) Es de importancia el siguiente párrafo de *Las Afecciones Parasifilíticas* del profesor FOURNIER:—«No digo que el mercurio y el yoduro estén absoluta y radicalmente desprovistos de toda influencia sobre las afecciones parasifilíticas; digo que no ejercen una acción comparable á la que les es habitual en los casos de accidentes sífilíticos verdaderos.»



No encontramos razones que nos induzcan á diferenciar las dos modalidades, así es que hablaremos de ellas bajo la denominación común de *hístero-lues*. Daremos este nombre, pues, á la histeria subordinada en absoluto á la sífilis adquirida (secundaria ó terciaria) y hereditaria, y que, por lo tanto, cura con el tratamiento específico.

He aquí las numerosas pruebas que tiene á su favor:

1.^a La predilección de la sífilis por deprimir el sistema nervioso (véase más adelante).

2.^a La falta absoluta de antecedentes histéricos hereditarios ni personales que preceden á la sífilis, ó lo que es lo mismo, la frecuencia de hechos que certifican la aparición de la histeria como posterior á la de la lues;

3.^a La aparición de la histeria siempre en las mismas condiciones, *iniciado el período secundario ó en pleno período terciario*, y la suerte común que corren ella y las manifestaciones sífilíticas que la acompañan: nace con ellas, dura lo que ellas y con ellas desaparece. Estrechamente ligada á la suerte de un grupo clínico en medio de tanto signo contemporáneo, ¿no sería muy curioso, extraño, que constituyera un síndrome aparte de un género especial?

4.^a ¿Por qué la sífilis no ha de producir histeria si la producen las sobrexitaciones morales, las intoxicaciones, los traumatismos, las infecciones?

5.^a ¿Por qué la sífilis no ha de producir histeria si engendra otras neurosis, verbi-gracia, la neurastenia? KOWALEWSKY, de Charchow, admite la neurastenia por sífilis adquirida ó hereditaria, y LANG piensa como sigue: «Podemos admitir con fundamento que la lues puede ser causa de neurastenias, por cuanto en la práctica no faltan ejemplos de sífilíticos cuya infección databa ya de larga fecha y que eran al mismo tiempo neurasténicos, enfermos que para librarse de las molestias que este último padecimiento les ocasionaba han sido tratados metódicamente durante años por los medios usuales para combatir la neurastenia sin haber obtenido resultado ninguno, y que *después han curado definitivamente* sometiéndose de nuevo á un tratamiento *antisifilítico* bien dirigido».

6.^a La cifra enorme de observaciones.

7.^a La identidad del efecto que la medicación antisifilítica

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

ejerce sobre ella y demás manifestaciones específicas. El doctor ZAMBACO se ha ocupado extensamente de este punto; resumamos un ejemplo que cita como de lo más típico:—Joven de 20 años, sin antecedente alguno nervioso ni hereditario ni personal, tuvo histeria con la sensación de *bolo* antes de los ataques, en coincidencia con el segundo período de su sífilis. Sanó radicalmente de su histero-lues en tres ó cuatro meses que usó las píldoras de DUPUYTREN. El doctor KORANYI, de quien podemos decir otro tanto, cita también el caso siguiente:—Hombre de 34 años con sífilides cutáneas recientes, histeria consecutiva, sanado en pocos meses gracias al tratamiento específico.

Pasemos ahora á las observaciones, de las cuales *suprimiremos todos los datos inoficiosos ó que no tengan interés.*

OBSERVACIÓN núm. 1, recogida el 1.º de julio del 93.—A. G., de 37 años, soltero, austriaco, marinero; 1879, de 23 años, contrajo la lues; 1880, iritis luética doble, comenzándole fuerte dolor de cintura; 1882, cefalea nocturna que persiste; 1883, *primer ataque*, de quince minutos de duración, y fué como sigue: notó la pérdida del sensorio, se echó al suelo y sufrió convulsiones tónicas y clónicas, gritos inmotivados y llanto. Durmió tres á cuatro horas. A los diez días, á los cuarenta y á los cinco meses le sobrevinieron en la misma forma el segundo, el tercero y el cuarto ataques; malestar y astenia constantes; 1886, lipotimias de á dos y tres en el día por largo tiempo consecutivo; 1888, un día, sin motivo justificado, tuvo un acceso de afasia que duró diez minutos. La lengua la movía con toda libertad, pero no podía hablar; 1891, parálisis de la lengua durante diez á doce minutos, y se repitió diariamente durante ochenta y ocho días. Posteriormente tuvo un período de espasmos del labio y párpados superiores, y un ataque idéntico á los anteriores que comenzó á las 12 M. y concluyó á las 4 P. M.; 1892, uno que otro ataque grande ó pequeño. Los pequeños que no los había sentido, consisten en ahogo, desesperación y llanto; 1893, los ataques no los ha vuelto á tener con motivo de estar sometido al tratamiento antisifilítico.

Examen subjetivo.—Mal carácter, ensueños, insomnios, cefalea frontal, sudores nocturnos, constipación, falta de fuerzas en las piernas, siente siempre mucho frío.

Síntomas objetivos—Semblante triste y pálido; organismo bien constituido, mal nutrido; sensibilidad, normal; reflejos, normales; audición, nula á la derecha; gusto, nulo á la izquierda; olfato, anosmia doble; aparatos de la visión glaucoma doble

(atrofia y excavación de ambas papilas). O. I. V. = $\frac{1}{10}$; O. D. V. = $\frac{1}{15}$. La agudeza visual no corrige.

Diagnóstico.—Histeria terciaria.

Tratamiento.—Específico.

12 de noviembre de 1893: O. I. V. = $\frac{1}{15}$; O. D. V. = $\frac{1}{20}$. Atrofia y excavación más marcada en el ojo derecho. *Los ataques no han vuelto.*

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

OBSERVACIÓN núm. 2, recogida en noviembre de 1893.—*M. R.*, de 16 años, soltera, ocupada en su casa.

Antecedentes de su familia.—Su padre falleció de hemorragia cerebral; su madre padece dolores osteócopos, cefaleas nocturnas y jaquecas periódicas que duran tres á cuatro días; sus cinco hermanos se quejan de dolores osteócopos, excepto el menor, que tiene trece años de edad.

Antecedentes personales.—1890, de trece años, sufrió una cefalea frontal muy intensa, así de día como de noche, teniendo en seguida un ataque parecido á los epilépticos, que duró más de dos horas, acompañado de estrabismo externo del ojo derecho. Son todos los datos que se consiguen; 1891, los dolores frontales recuperaron su intensidad perdida unos cuantos meses.

Examen subjetivo.—1893. Hábitos ordenados. Dos meses antes de venir al servicio le han aumentado progresivamente las cefalalgias frontales hasta hacerse insoportables, especialmente de noche; dolores osteócopos desde hace años. En el mes que corre se han iniciado unos ataques que duran á lo sumo pocos minutos y caracterizados por sensación de hielo en las extremidades, sensación de un bolo que sube del vientre á la garganta, que la sofoca, la desespera; se deja caer donde puede é inmediatamente pierde el conocimiento. Tiene amnesia desde su ataque del año 90; tiene claustrofobia.

Examen objetivo.—De estatura mediana, flaca, constitución débil. Sensibilidad: zona de hiperestesia en la región dorsal; olfato, anosmia doble; gusto, nulo; audición, normal; visión, ve los objetos empañados, hay obnubilaciones de la vista; reflejos, normales. Ovarialgia bilateral, dientes de HUTCHINSON, hipertrofia ganglionar generalizada.

Diagnóstico.—Hístico-heredo sífilis.

Tratamiento.—Específico (inyecciones mercuriales).

OBSERVACIÓN núm. 3, recogida en mayo de 1894.—*B. A.*, de 18 años, soltera, ocupada en su casa.

Antecedentes de su familia.—Es ella la segunda de quince hermanos, de los cuales el *primero* murió de ataque cerebral á los pocos meses de nacido, el *tercero* vive y es muy nervioso, el *cuarto* falleció de catorce meses, el *quinto* murió de disentería á los nueve años, el *sexto* es una niña anémica, el *séptimo*

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

falleció de fiebre á los tres años, el *octavo* de ataque cerebral á la misma edad, el *décimo* padece ataques que parecen epilépticos, el *duodécimo* no sobrevivió á la primera infancia, y el nueve, once, trece, catorce y quince viven. No da otros antecedentes que interesen ni de su padre ni de su madre.

Antecedentes personales.—Otitis media supurada, oído izquierdo; 1887, de 12 años, segunda dentición, queratitis intersticial crónica doble; 1891, cefaleas poco intensas, periódicas, comenzaban en la región parietal para extenderse á la orbitaria, y se acompañaban de fotofobia, poliopía, palpitaciones oculares é hiperacusia; 1892, tenía 17 años. Sucumbió su padre, por lo que se impresionó mucho y sintió deseos de llorar sin conseguirlo. A los pocos momentos la sobrevino pérdida de la conciencia y quedó en catalepsia por espacio de tres días. Al volver en sí quedó muy triste y soñolienta. Los ataques se repitieron ocho ó diez veces; 1894, los ataques son casi siempre de noche; han cambiado de forma. Los describe así: tristeza de dos ó tres días, síncope ligero, congestiones de la cara, ganas de llorar ó llanto; después de estos prodromos se le adormecen las extremidades, siente dolor precordial y sofocación, quiere huir, se deja caer, pierde los sentidos y tiene convulsiones tónicas y clónicas. Desde que comienza el adormecimiento hasta que concluye el ataque pasan dos ó tres horas. Queda un día con cefalea.—Amnesia y parafasia, carácter á menudo triste, insomnios y pesadillas, hipo y corizas fuertes y comunes en estos últimos años, constipación.

Síntomas objetivos.—Cicatrices cobrizas, estrelladas, en los antebrazos, hipertrofia poli-ganglionar, triada de HUTCHINSON. Sensibilidad, hiperestesia de la región cubital del antebrazo derecho; reflejos, exageración del faríngeo y normales los otros; aparato de la visión, alucinaciones, macropsia doble, infiltración corneal; oído, audición muy escasa en el lado izquierdo, no tanto en el derecho; olfato, anosmia bilateral; gusto, nulo.

Diagnóstico.—Histeria de la heredo-sífilis.

Tratamiento.—Corrientes continuas descendentes en la columna, grajeas ferruginosas de RABUTEAU y licor de PIERLOT.

OBSERVACIÓN núm. 4, de junio del 94.—*F. B.*, de 21 años, soltera, ocupada en su casa.

Antecedentes de su familia.—Su padre padece de dolores osteócopos, de cefaleas nocturnas y tiene alopecia; su madre, á quien recientemente dan ataques nerviosos que no sabe explicar, tuvo una hija muerta de afección cerebral en la primera infancia y un aborto.

Antecedentes personales.—En la niñez su cuero cabelludo fué presa de una erupción cuyos caracteres no conoce, sufría constantemente corizas, otalgias, y tuvo queratitis intersticial



doble y su detención fué tardía; 1892, dolores osteócopos en los miembros superiores; accesos de amiostenia, insomnios, llantos y desesperación inmotivados bajo forma de ataques y precedidos de taquicardia;

Examen subjetivo.—1894. Cambio de carácter, amnesia, dolor punzante en la región frontal, nota repleción estomacal sobre todo en la época de sus menstruaciones; llama la atención especialmente á sus continuos ataques de llanto semejantes á los del año 92; tiene claustrofobia.

Examen objetivo.—Ligero temblor de los párpados, de las manos y de la lengua; ovarialgia izquierda. Visión, macropsia y micropsia bilateral, alucinaciones; oído, alucinaciones; olfato, anosmia en ambos lados y alucinaciones; gusto, defectuoso; sensibilidad, no tiene alteraciones; reflejos, normales. Triada de HUTCHINSON é induración tuberculosa de ambos vértices pulmonares.

Diagnóstico.—Histeria de la heredo-sífilis.

OBSERVACIÓN núm. 5, tomada el 18 de abril del 94.—*F. G.*, de 40 años, casada.

Antecedentes de su familia.—Su madre, luética y nerviosa, tuvo un aborto, un hijo que murió de ataque cerebral á los tres años, y otro á los doce, y dos hijos adultos que padecen de ataques nerviosos.

Antecedentes personales.—1884, desposada, le sobrevinieron dolores de garganta, dolores osteócopos y alopecia. Posteriormente tuvo cuatro partos prematuros, de siete á ocho meses de embarazo (feto muerto); después, cuatro niños que viven, siendo nerviosos dos de ellos, irritables fácilmente y con manifestaciones de sífilis hereditaria.

Síntomas subjetivos.—1894. Sufre continuamente ataques de media hora de duración y que empiezan por parestesia en los pies, que sube al bajo vientre, momento en que se produce ovaria doble. Inmediatamente nota un bolo que ocupa el vientre y que asciende hasta la garganta, donde la produce sofocación; se asusta, grita, se verifican las convulsiones tónicas y clónicas y los movimientos salutorios, concluyendo todo con llanto y abundante micción. Su carácter es irritable; tiene insomnios y ensueños terroríficos, alucinaciones del oído (oye ruidos extraños y que la llaman), alucinaciones de la vista (ve bultos negros), escotoma chispeante, claustrofobia, agorafobia, cefaleas más comunes é intensas de noche, y suelen dolerle los brazos ó éstos son el sitio de parestesias ó de paresia pasajeras.

Síntomas objetivos.—Visión, macropsia y micropsia dobles, alucinaciones; gusto, disminuído al lado derecho; olfato, exagerado, muy sensible para algunos olores; sensibilidad, placa de anestesia y analgesia supra-clavicular izquierda, disminución de

la sensibilidad táctil en el brazo de este lado; reflejos, normales.

Diagnóstico.—Histeria terciaria.

Tratamiento.—Licor de FOWLER, 5 gotas 2 veces al día; corrientes continuas, descendentes.

Agosto 3.—La enferma vuelve lo mismo. Tratamiento: yoduro de potasio 1 gr. 50 al día para aumentarlo paulatinamente. Solución de valerianato de amonio de PIERLOT.

Mayo 11 de 1897.—La enferma se halló alentada y dejó de curarse. El licor de PIERLOT no lo tomó. Ahora se queja de la intensidad de sus dolores nocturnos en los huesos de la cabeza, esternón y piernas; á la misma hora padece fuerte dolor abdominal que la hace llorar. Los ataques se repiten con períodos de quince días y con pérdida de la conciencia. El último fué el día 7 del corriente mes. A lo anterior se le han añadido inapetencia, hinchamiento del abdomen, náuseas y eructos al concluir sus comidas, constipación.

Tratamiento.—Se renueva el yoduro.

OBSERVACIÓN núm. 6, tomada el 30 de abril del 94.—C. P. M., de 11 años.

Antecedentes hereditarios.—Su padre fué alcohólico, y en los trece años de casado tuvo dos ataques que duraron varios minutos con intervalo de ocho años, consistentes en grito inicial, pérdida del conocimiento, convulsiones tónicas; falleció accidentalmente. Su madre padeció dolores osteócopos el año *ochenta y seis*; á fines del presente la sorprendieron dos veces en dos noches consecutivas unos ataques de corta duración que se iniciaron con grito, al que siguieron convulsiones tónicas; abortó tres veces; presenta rugosos los bordes tibiales anteriores. Sus hermanos fueron tres, de los que una murió tuberculosa á los trece años, otro, de catorce, tiene bóveda palatina acanalada muy excavada, dientes de HUTCHINSON, hipertrofia ganglionar generalizada; y el tercero, de siete, sufre dolores nocturnos de los huesos, supuración de los oídos y sordera, y tiene dentadura típica de HUTCHINSON.

Antecedentes personales.—1885, de dos años, un ataque de 12 horas con pérdida del conocimiento y convulsiones tónicas; 1890, temp rada de diez ataques diarios, que explica así: se daba cuenta del momento inicial, su cuerpo se inclinaba hacia la derecha en arco (pleurostótonos=convulsiones clónicas), se contraía el miembro inferior izquierdo, período de actitudes pasionales (salutaciones), y emisión involuntaria de orina.

Síntomas subjetivos.—1894. Los ataques de este año se suceden idénticos desde el 92. La acometen generalmente mientras duerme, duran diez minutos, se repiten diez ó quince veces y se hacen incontables y más fuertes, especialmente las noches que siguen á las en que no los ha sentido ó en que no son tan



numerosos. Tiene prodromos, á saber: insomnio la noche precedente (aunque no siempre), suele tener diarrea el día anterior, los ruidos la incomodan mucho, le duele la cabeza y la cara, su carácter se hace irascible. Preceden á los ataques horribles alucinaciones de la vista, que la asustan, grita, pierde el sensorio y aparecen las convulsiones tónicas; terminan con sialorrea, con emisión involuntaria de orina en unas ocasiones, y en otras no orina ni en veinticuatro horas. Inteligencia y memoria aminoradas, denticiones tardías.

Sintomas objetivos.—Su rostro es el de una estúpida, su cabeza y tronco inclinados hacia adelante, su marcha vacilante, su palabra silabeada y si se le pregunta la cosa más sencilla no la entiende y hay que repetirla. Tibias con sus bordes anteriores marcadamente engrosados y rugosos, pequeñas manchas cobrizas estrelladas en la región antero superior de la pierna izquierda, hipertrofia poliganglionar, dientes de HUTCHINSON, bóveda palatina acanalada y profundamente excavada. Alucinaciones de la vista y de los oídos; del olfato y gusto no dice nada la observación; reflejos, Westphal; sensibilidad, normal; ovaria izquierda.

Diagnóstico.—Histeria de la sífilis hereditaria.

Tratamiento.—La madre de la enferma comunica que ántes de presentarse á la Clínica usaba el tratamiento específico, motivo por el cual los ataques se han alejado cada vez más. Yoduro de potasio, 1 gr. al día.

Mayo 1.º—Anoche tuvo más de quince ataques con el período de salutations y movimientos rítmicos de elevación y descenso de los miembros inferiores, siente gran dolor á la palpación de la región ovárica izquierda y de la undécima vértebra lumbar.

Mayo 2.—El estado intelectual mejora visiblemente, responde con palabras menos silabeadas, la marcha es menos incierta. Se insistió en el yoduro.

Mayo 7.—Los ataques se alejan y se manifiesta alegre. Se le dió 1 gr. 50 de yoduro de potasio.

OBSERVACIÓN núm. 7, de 25 de octubre del 94.—C. T., de 15 años, soltera.

Antecedentes hereditarios.—Al llegar su padre á la edad de 34 años sufrió un año de ataques epilépticos, más frecuentes de noche. Había sufrido anteriormente de cefalalgias occipitales exacerbadas en la noche y que con motivo de los ataques se generalizaron, tomaron toda la cabeza y aumentaron todavía de intensidad. En este último tiempo su madre ha padecido de ataques con pérdidas del sensorio, convulsiones, gritos, llanto. De sus hermanos es ella la segunda; el primero murió de neumonía á los tres meses de nacido, el tercero de ataque al cerebro á los dos años, el cuarto de una afección gástrica poco mayor de un año, el séptimo, octavo y noveno fallecieron tam-



bién en la primera edad; sobreviven de todos solamente el quinto, de once años, con una erupción pustulosa y pruriginosa en la piel, y el sexto, de trece años, es anémico.

Antecedentes personales.—1887: á los ocho años, dormida la sorprendían ataques, y despertaba sobresaltada, sofocada, con la respiración anhelosa y con deseos de huir de la cama.

Examen subjetivo.—1894. Ya el año 91 se manifestaron sus ataques actuales en número de tres y más en veinticuatro horas, generalmente de noche y casi diarios. Son precedidos de una sensación de hielo y hormigueo en los pies que asciende hasta la cara, la que se enciende instantáneamente; se imagina que se le da vuelta el corazón. A estos fenómenos siguen en el acto las convulsiones tónicas y clónicas, período de saluciones, y un prolongado llanto que pone término al ataque, quedando aun por largo rato cierta resolución muscular que aparece en ese momento. Empero, no siempre adquieren los ataques tanta energía, puesto que se concretan en repetidos casos á la dificultad respiratoria, taquicardia y dolor precordial ó á desesperación, llanto, sofocación y movimientos incesantes de las extremidades. Carácter irritable, siempre triste; insomnios y pesadillas que la despiertan asustada, amnesia, claustrofobia y patofobia; habla sola repetidas veces por alucinaciones de la vista; malestar continuo, llora fácilmente; apetito, anorexia; cefaleas separadas por períodos indeterminados; dolor, ya de la región orbitaria derecha, ya de la izquierda; ovaria doble, comparándola á que le arrancaran el vientre; á veces, adormecimiento del brazo y pierna derechos, y otras veces adormecimiento generalizado que suprime en absoluto sus movimientos; su menstruación es dismenorreica desde al poco tiempo que empezó.

Examen objetivo.—No puede estar quieta, inestabilidad coreiforme y movimientos de la boca, de los hombros, de las manos, de los pies, del tronco. Infarto ganglionar en el cuello, dientes de HUTCHINSON. Aparato de la visión, alucinaciones, á menudo ve chispas, manchas del iris, pupilas desiguales reaccionan bien; oído, alucinaciones (oye voces conocidas); olfato, anosmia; gusto, abolido á la derecha; reflejos, Westphal; sensibilidad, hiperestesia del cuello cabelludo cada vez que tiene cefalea.

Diagnóstico.—Heredo-sífilis. Histeria consecutiva de forma coreica.

Tratamiento.—Solución de PIERLOT, 2 cucharaditas al día, abluciones matinales, corrientes galvánicas en la columna de 10 miliampère.

OBSERVACIÓN núm. 8, de mayo del 95.—*F. S.*, de 12 años.

Antecedentes hereditarios.—De siete hermanos que fueron, murieron cuatro en la primera edad.

No da más datos.



Antecedentes personales.—1887, á los cuatro años, se asustó tanto de ver un enmascarado, que corrió á los brazos de su abuelo gritándole que la socorriera, sintió un bolo que le subía del estómago á la laringe y que la dificultó la respiración, palideció y perdió los sentidos momentáneamente. Con el trascurso del tiempo estos ataques se fueron haciendo más intensos cada vez y más durables, y precedidos de un grito muy extraño; 1895, se repiten seis ó más veces al mes, soliendo tener como prodromos enfriamiento de las extremidades y fétidos olores, son más abundantes por la noche, tienen de nuevo que se pone cianótica en lugar de pálida y que en el momento de la falta del sensorio se producen convulsiones tónicas y clónicas; suelen seguirlos además emisiones involuntarias de orina y sueño profundo de una hora, del cual despierta cansada. Su inteligencia está muy poco desarrollada y su carácter es triste. Antes de sus ataques tuvo prematuro desarrollo de la inteligencia.

Examen objetivo.—Su cara expresa estupidez; su cuerpo, poco desarrollado, presenta cicatrices (¿con qué caracteres?) en las regiones esternal y sacra; tiene la triada de HUTCHINSON. Olfato, alucinaciones.

Diagnóstico.—Histeria heredo-sifilítica.

Tratamiento.—Anti-sifilítico y poción de CHARCOT.

En agosto sigue mucho mejor.

OBSERVACIÓN núm. 9, del 23 de marzo de 1897.—A. M. R., de 18 años, soltera.

Antecedentes hereditarios.—No conoce antecedentes de sus padres. Fueron 13 hermanos, cinco de los cuales murieron antes de los 3 años. Una de sus hermanas padece de queratitis intersticial.

Antecedentes personales.—1885, de seis años, tuvo queratitis intersticial doble. Enfermedad actual: comenzó el año 87, por un ataque debido á una fuerte impresión al verse quemar vivo á un hermanito, ataque que ha seguido repitiéndose hasta la fecha casi siempre de á dos y tres veces en las noches. Sueña terroríficamente, despierta, se sienta en la cama, le tiemblan los párpados y globos oculares, un bolo parte de la fosa ilíaca derecha á la garganta, taquicardia, ahogo, se pone rígida, pierde el conocimiento, cae con convulsiones generales, aprieta los dientes, sialorrea, la mirada fija, y todo termina en un rato, aunque constantemente continúan al ataque cefalea, náuseas y una sensación de tener malestar general. Otras veces los ataques toman distinta forma: grito, taquicardia sin pérdida del sensorio, y temblor de todo el cuerpo ó convulsiones de un solo lado.

Hace dos ó tres años su carácter es triste, ha cambiado sobre manera, y llora sin motivo.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Examen objetivo.—Vista, alucinaciones; gusto disminuído en la mitad izquierda de la lengua; sensibilidad, normal; reflejos, exagerado el rotuliano. Tiene la triada de HUTCHINSON y temblor de la lengua y de los párpados.

Diagnóstico.—Hístico-heredo-lues.

Tratamiento.—Electricidad, régimen, solución de valerianato de amonio de PIERLOT.

OBSERVACIÓN núm. 10, de 22 de julio de 1897.—L. O., de 20 años, soltera.

Antecedentes hereditarios.—Su padre padecía de ataques repentinos con convulsiones tónicas y micción involuntaria que le daban casi siempre al amanecer y que empezaron dos años antes de perecer de neumonía; su madre sufre de cefaleas nocturnas y de jaquecas con náuseas y vómitos; sus doce hermanos fallecieron, uno a los catorce años, otro a los veinte, y los demás en la infancia.

Antecedentes personales.—1879, a los dos años queratitis doble. Su enfermedad actual.—*Examen subjetivo:* como a las seis de la mañana un día de noviembre del 96, estando en la cama, perdió súbitamente el conocimiento, tuvo respiración estertorosa, convulsiones tónicas y clónicas, arrojando saliva pura en gran abundancia. A las dos de la tarde, sin volver del todo a la plenitud de su conciencia, lo que no ocurrió sino a las seis, se repitió el ataque. Los dos días siguientes sintió dolores punzantes en la cabeza, con predilección para la frente. Desde esta época la afectan amnesia, amiostenia, astenia y malestar al estómago. En los meses de febrero, junio y julio (día 17) de este año, se han sucedido un número igual de ataques, tal vez un tanto atenuados, sin cefaleas consecutivas, y de un cuarto a media hora de duración. Desde el último ataque nota sus pies adormecidos, fenómeno que compromete a las piernas si marcha. Esto la obliga a arrastrar los pies, porque las piernas las siente pesadas. En estos tres días el adormecimiento aparece y desaparece bruscamente en los extremos digitales de las manos. Su carácter está triste, de malhumorada, de ideas extravagantes; tiene taquicardias injustificadas, ovaria izquierda, inapetencia, constipación porfiada.

Síntomas objetivos.—De mala constitución, dentadura de HUTCHINSON; visión, diplopia transitoria, macropsia doble; oído, más ó menos bien; olfato, anosmia bilateral; gusto, normal; sensibilidad, placa de anestesia en la porción post externa de la pantorrilla derecha, anestesia en manguito de los pies que termina en los maléolos por una línea circular; reflejos, rotuliano poco exagerado.

Diagnóstico.—Hístico-heredo-sífilis.

Tratamiento.—Corrientes descendentes en la columna.



OBSERVACIÓN núm. 11, de 23 de julio de 1897.—C. B., de 11 años, colegial.

Antecedentes de familia.—Su madre tiene una *laringitis crónica*; de tres hermanos dos viven sanos, y el otro murió pequeño de tuberculosis pulmonar.

Antecedentes personales.—1890, afeción del ojo derecho que duró mes y medio y que lo tuvo con la visión muy disminuida durante cuatro días; dolores al oído derecho.—1895.—Enfermedad actual: le comienzan ataques de ahogo que tienen lugar de preferencia por las noches, lo despiertan sobresaltado y pone en alarma á su familia. El ataque se inicia con la sensación de un bolo que sale del estómago y llega á la laringe á producirle constricción y entonces siente ahogarse, tiene dificultad respiratoria. A sus ataques se agregan estos otros *síntomas subjetivos*: amnesia, mal carácter, insomnios, ensueños, claustrofobia, vértigos, sensación de compresión precordial con taquicardia, calambres en el lado derecho del cuerpo, adormecimientos y compresiones musculares. La marcha y la carrera lo cansan luego; sus denticiones fueron tardías.

Examen objetivo.—Es de mala constitución y pésima nutrición; visión, restos de infiltración corneal; olfato, anósmia doble; gusto, nulo á la derecha; audición, alucinaciones, muy disminuida á la derecha; sensibilidad, hemianestesia derecha, hiperestesia de la región sacra; reflejos, exageración del rotuliano; triada de HUTCHINSON (los dientes son típicos).

Diagnóstico.—Hístico-heredo-lues.

Tratamiento.—Bromuro de potasio 0. gr. 30 cada noche. Reconstituyentes, electricidad (corrientes descendentes en la columna), sugestión.

OBSERVACIÓN núm. 12, del 3 de abril de 1899.—E. W., de 33 años, casado, pintor y decorador.

Antecedentes personales.—1897, chancro duro, roseola de 15 días á los 40 días, dolores de los huesos por la noche; 1890, matrimonio que le ha dado un aborto y cinco hijos, de los que viven cuatro y uno murió de meningitis á los seis meses. Enfermedad actual: *Síntomas subjetivos*: hace 2 meses tuvo inapetencia unos 10 días y principiaron su cansancio general y flacidez de las piernas al extremo de flexionárseles solas. Martes 28 de marzo, aumento del cansancio y de la flacidez, parestesia de los dedos de los pies; 30 de marzo, en la mañana sintió de repente como que una bola de fuego subía del estómago, se detuvo en la garganta; lloró todo el día. El 27 se disgustó con su esposa. 31 de marzo, la parestesia cunde á las piernas, órganos genitales y abdomen; 2 de abril, hormigueo en las manos y frío en los pies. 3 de abril, orina en abundancia cuatro veces al día y cinco en la noche (algunas involunta-

riamente). Desde el 27 de marzo tiene popuciones y disminuciones del apetito genésico.

Examen objetivo.—Cuando está de pie mantiene inmediatos los miembros inferiores porque al separarlos pierde el equilibrio; si se le ordena que se siente se lleva en continuo movimiento, no puede estar tranquilo; si se le hace marchar anda como sobre un buque (marcha cerebelosa); tiene el síntoma de ROMBERG; visión, síntoma de ARGYLL ROBERTSON, al mirarse en un espejo nota estrabismo divergente en el ojo izquierdo, cuando hay diplopia; olfato, disminuído á la derecha; oído agudeza acústica disminuída á la izquierda; sensibilidad, analgesia en el borde externo del antebrazo y pierna derechos, abolida totalmente en los dedos de los pies; reflejos, normales el faringeo y el cremasteriano, síntoma de WESTPHAL.

Diagnóstico.—Tabes dorsal espasmódica é histeria.

Tratamiento.—Yoduro de potasio, 1 gramo al día para aumentarlo progresivamente.

En el año ha vuelto varias veces. No se ha repetido su ataque histérico. Mejora visiblemente de sus fenómenos tabéticos. No ha aumentado la dosis de yoduro.

Se insiste en el tratamiento el 4 de agosto.

OBSERVACIÓN núm. 13, recogida el 12 de abril de 1899.—*M. R. de O.*, de 28 años, casada.

Antecedentes hereditarios.—Fueron 14 hermanos, fuera de un aborto, de los que fallecieron 9 por indigestiones ó enfermedades febriles. Tuvo 5 partos y 3 abortos: de los partos el 1.º fué hace 10 años (1889) y el último hace un año y medio (1898). Los abortos fueron de dos meses; murieron dos hijos, dos de los vivos son raquíticos, débiles.

Antecedentes personales.—1889, dolores de garganta, de cintura, de los huesos de las piernas que aumentaban en la noche, palpitaciones, calor en las piernas y cefalalgias nocturnas; 1897, el 24 de noviembre tuvo el 1.º de sus ataques que duró 14 horas; la tuvo desesperada, la hizo gritar, fué con convulsiones tónicas y clónicas. Después han seguido cada 8 días, perdiendo el conocimiento y llorando en algunos y en todos tiene la sensación de bolo que sube del vientre y que la ahoga al llegar á la garganta; 1899, persisten sus dolores osteócopos de la cabeza y cuerpo. Tiene disminución de la inteligencia y memoria, malestar general, amiostenia, somnolencia ó insomnios, sueña con animales ó con paseos, ovaria doble y constipación.

Examen objetivo.—Demacrada, anémica, mala constitución, semblante triste. Visión, micropsia en el ojo izquierdo y campo visual más disminuído que en el derecho; oído, disminuído; gusto, conservado; olfato, nulo á la derecha; sensibilidad, analge-





sia en el antebrazo, hombro y tronco izquierdos y en el lado derecho de la cara; reflejos, desaparecidos.

Diagnóstico.—Histeria-terciaria.

Tratamiento.—Específico.

El 13 de agosto se cree radicalmente sana, por lo que no quiere continuar el tratamiento.



OBSERVACIÓN núm. 14, del 21 de abril de 1899.—*C. T.*, de 11 años.

Antecedentes hereditarios.—Los abuelos paternos sufrieron de dolores osteócopos, y de sus catorce hijos sucumbieron siete cerca de los dos meses de su edad; á sus padres, enfermo él del corazón, no los abandonan las cefaleas nocturnas ni los dolores osteócopos. Su madre embarazó diez y siete veces con los siguientes resultados: dos abortos, cinco hijos que viven, un aborto, dos hijos que viven, un hijo muerto á los 10 meses, un hijo sano, uno que falleció á los quince meses sin saber andar, uno sano y tres abortos. El hijo mayor, niña de 16 años, padece de las narices y dolores de oídos y ataques nerviosos semejantes á los de nuestra enfermita; todos los hijos tienen aumento de volumen de los ganglios del cuello y dentadura mal implantada con dientes ralos y anchos (incisivos en forma de paletas).

Antecedentes personales.—A los tres meses y á los dos años y medio enfermó de la vista, perdiendo parte de las pestañas.—

Enfermedad actual: á principios del 98 comenzó á cambiar su carácter, á ponerse de mal humor, á perder su habitual animación y su memoria; aun pretendió huir de su casa; por la noche del 28 de abril dijo que se iba á morir por sentirse molesta, y quiso quitarse la ropa, se tiraba del cabello, se congestionó su cara notablemente y á la vez se le enfriaron los pies, é hizo movimientos desordenados. Los dos ataques siguientes, acaecidos algún tiempo después, la dejaron en estado de sopor durante un cuarto de hora ó media hora; 1899, los ataques de tres cuartos de hora y á distintas horas se suceden con intervalos de dos ó tres días y se manifiestan con estos caracteres: un cuerpo extraño alojado en el estómago produciendo picadas se dirige á la garganta, la que se siente quemada y apretada, estrangulada. Esto la impide respirar, la ahoga, y su corazón late repetidamente, siente un enorme peso en la nuca que tira su cabeza hacia atrás, y percibe figuras de hombres en la pared y sobre todo la de un hermanito que la habla, siguiéndose á éstos los movimientos desordenados de todo el cuerpo (clownismo y salutations) y terminando, las más veces, con una sesión de canto ó de llanto. A principios de este año tuvo en Colina una crisis de tres días en que los ataques eran uno en la mañana y otro en la tarde. La cuesta conciliar el sueño.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Examen objetivo.—De temperamento linfático, con dientes de HUTCHINSON, sin perturbaciones motoras ni vasomotoras ni tróficas ni sensitivas en ninguna región, de nariz muy roma, con la vista y oídos normales y con el olfato y gusto anulados.

Diagnóstico.—Histero-heredo-sífilis.

Tratamiento.—Específico.

Octubre. — La enferma se considera sana; no sabe la fecha de su último ataque. Se le encarece no abandonar el tratamiento.

OBSERVACIÓN núm. 15, de mayo del 99.—*D. C.*, de 38 años, casada.

Antecedentes personales.—1879, se casó de 18 años. Tuvo tres hijos, de los que vive una mujer: los otros dos murieron pequeños, de viruela uno i el otro de ataque cerebral. La menor es muy impresionable, siempre tiene ataques de llanto y desesperación y sufre continuos dolores de cabeza; 1880, su primer hijo. Ya antes había sentido dolor de garganta, dolores osteócopos que la molestaron mucho pero que cedieron rápidamente al tratamiento. Más tarde, á los 5 años de casada, tuvo un ataque que duró media hora, con pérdida completa del conocimiento y convulsiones (no recuerda otros datos); á los 6 meses, un segundo ataque análogo al anterior; á los 3 un tercero y después varios con intervalos de uno á dos meses. Así pasaron varios años, reproduciéndose estos ataques principalmente de noche mientras dormía, hasta que al cabo de 7 meses empezaron á aumentar de tal manera que se sucedían hasta 10 y 12 veces al día. En esta situación pasó 15 días, después de los cuales no recuerda si terminaron los ataques repentina ó paulatinamente; 1892, nuevos dolores que la duraron 8 ó 10 meses, más violentos en la noche, dolores punzantes en todo el cuerpo y un ligero grado de dolor en la garganta; 1894, por tercera vez los dolores acompañados de monoplejía del brazo izquierdo. Curaron con el tratamiento específico; 1897, enfermedad actual: *Síntomas subjetivos.*—Se queja de ausencias, de anmesia, lipotimias, de astenia, amiostenia, de cefaleas más violentas á la derecha que aparecen caprichosamente y duran días enteros, y de ataques muy distintos á los antiguos: son movimientos convulsivos de todo el cuerpo, sin pérdida del conocimiento, seguidos de un adormecimiento que dura muy poco. Se repiten cada mes.

Síntomas objetivos.—Bien constituida, mal nutrida, pigmentación de la frente y mejillas; visión, normal; oído, disminuído en el lado derecho; gusto, disminuído en el izquierdo; sensibilidad, hemianalgesia izquierda, ovaria bilateral; reflejos, normales.

Diagnóstico.—Histeria terciaria.

Tratamiento.—Yoduro de potasio 0.50 grs. dos veces al día para aumentar la dosis progresivamente.

Septiembre.—Afirma no haber tenido nuevos ataques; promete volver si reaparecen.

OBSERVACIÓN núm. 16, de 28 de mayo de 1899.—*L. M.*, de 8 años.

Antecedentes hereditarios.—Padre luético; madre luética y neuropática; hermanos, 7, *todos* han sufrido de la vista; aborto, 1.

Antecedentes personales.—1893, de 2 años, un ataque que duró algunas horas, con pérdida del conocimiento y convulsiones tónicas y clónicas. Después ha sufrido de fuertes cefalalgias nocturnas fronto-occipitales; 1899, el 25 de mayo á las 10 P. M., mientras dormía, nuevo ataque que la precipitó al suelo y desde entonces se presentan diariamente poco después de acostarse y duran una hora en esta forma: injustificadamente aparece un acceso de disnea y sofocación y son, por lo común, sin pérdida del sensorio, convulsiones tónicas y clónicas, primero en los brazos y en seguida generales; se asusta, se desespera, pide auxilio para detener sus movimientos que la llevan fuera del lecho. Su carácter, de alegre, está convertido en melancólico y triste; tiene inapetencia; sus dolores osteócopos, antes limitados á la cabeza, comprenden también y con mucha fuerza los miembros superiores é inferiores.

Síntomas objetivos.—Está muy enflaquecido, mal nutrido y desarrollado; tiene hipertrofia poliganglionar (muy neta la de los ganglios de RICORD); de sus dientes, los incisivos superiores son de HUTCHINSON, los laterales (muy pequeños) comienzan á aparecer, los caninos son pequeñísimos y agudos, y todos demuestran ligera mala implantación; en el aparato de la visión no aparenta otras alteraciones que restos de conjuntivitis catarral y blefaritis ciliar; el olfato y el gusto están disminuídos á la derecha; la audición es nula á la izquierda y poco menos á la derecha; sensibilidad y reflejos sin novedad.

Diagnóstico.—Hístico-heredo-sífilis.

Tratamiento.—Específico.

Agosto: los ataques se han alejado paulatinamente; hace diez días que no tiene ninguno. Se prosigue el tratamiento.

OBSERVACIÓN núm. 17, de 12 de junio de 1899.—*E. G.*, de 10 años.

Antecedentes hereditarios.—Su padre sufre de una afección cerebral con hemiplegia incompleta derecha; su madre, muy nerviosa, sufre de frecuentes cefaleas. Tiene una hermana de 14 años, sana, y un hermano de 8 que hasta los 2 tuvo ataques convulsivos; hubo un niño muerto y dos abortos.

Antecedentes personales.—Hasta los 2 años padeció de ataques convulsivos que duraban un día. No se obtienen más datos.

Examen subjetivo.—En 1897 perdió la memoria y se inicia

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

ron sus crisis, que se verifican casi siempre de día, en el momento menos pensado, y sin regularidad ni períodos determinados de tiempo (tres días, una, dos semanas). Consisten en temblor de todo el cuerpo más manifiesto en los miembros superiores, en movimientos gesticulares involuntarios que ejecuta con los labios y con los párpados, de mayor intensidad en el lado izquierdo, terminando en risa y llanto. Tiene insomnios y pesadillas, amostenia, claustrofobia, ligera dificultad para hablar, imposibilidad para sentarse tranquilo porque le dan ganas de arrancar, flacidez de las piernas manifiesta sólo á veces, parestesia en la mano izquierda y pie derecho; se orina en la cama.

Examen objetivo.—Niño pálido, enclenque, sin tejido adiposo; sus dientes son típicos de HUTCHINSON; en el cuello hallamos hipertrofia de los ganglios; aparato de la visión, blefaritis ciliar ulcerosa doble; olfato, gusto y oído, normales; sensibilidad, normal; reflejos, exageración del patelar, el faringeo normal.

Diagnóstico.—Histero-heredo-sífilis.

Tratamiento.—Específico.

Junio 25: ayer le dió un ataque.

Septiembre 30.—En la primera quincena de julio tuvo dos ataques, uno en la segunda, dos en agosto y después ninguno. Viene á pedir órdenes. Su nutrición mejora de un modo notable, otro tanto puede decirse de su estado intelectual.

OBSERVACIÓN núm. 18, de 15 de julio.—A. R., de 38 años, soltera.

Antecedentes personales.—1889, dolores oteócopos; 1894, de 33 años, un ataque que duró siete minutos, con malestar al estómago, se dejó caer y perdió el conocimiento, lloró, 1895, apareció lentamente ptosis del párpado superior que aumen ta con cualquier impresión moral; 1899, en mayo inicióse cefalea fronto-occipital tenaz, que se exagera con las incomodidades, en cuyo caso le sobreviene cambio de carácter, todo le desagrada, quiere estar sola, llora sin motivo. Su único deseo es rezar, confesarse, estar en las iglesias. Teme á todas las personas que ve, las cree enemigas sin saber por qué. Tiene insomnios, sensación de que la raspan la garganta, inapetencia, constipación.

Examen objetivo.—Organismo bien conformado y mal nutrido; sus dientes mal conformados é implantados, tienen erisiones múltiples; visión, á la izquierda hay midriasis y reducción del campo visual; gusto y olfato, nulos; audición, sensibilidad y reflejos, normales.

Diagnóstico.—Histeria terciaria.

Tratamiento.—Específico.

Varias veces observada durante el año, la última en noviembre, se comprueba la desaparición de todos sus fenómenos nerviosos.

OBSERVACIÓN núm. 19, de agosto de 1899.—*M. D. de B.*, de 35 años, casada, dueña de casa, francesa.

Antecedentes de su familia.—Un hijo del primer marido tiene infiltración corneal, ojo izquierdo. Casada en segundas nupcias en 1889, tuvo cinco abortos de tres á cuatro meses; 1892, se iniciaron su abatimiento y tristeza profundas y dolores osteócopos, perdió mucho pelo y disminuyó su agudeza visual; 1896, sufrimientos por cualquier impresión desagradable, aparición de sus ataques de un cuarto de hora cada veinte días; se deja caer, pierde el sensorio, convulsiones tónicas, clónicas, actitudes pasionales y sueño muy grande, del que despierta fatigada á las dos ó tres horas; 1899, á los síntomas precedentes se unen amnesia, insomnios, gusto amargo en las noches, sensación de corrientes frías de los hombros á las manos y adormecimiento de la mano derecha.

Síntomas objetivos.—Constitución robusta, gorda, cara triste y pálida, ligero temblor generalizado, sentidos normales, salvo el gusto, que está pervertido; sensibilidad, placa anestésica y analgésica en la rodilla y lado externo de la pierna derecha; reflejos, normales.

Diagnóstico.—Histeria terciaria.

Tratamiento.—Específico.

Octubre 10.—En el mes pasado un ataque.

Diciembre 4.—No más ataques desde el 15 de octubre.

OBSERVACIÓN núm. 20, de agosto del 99.—*D. H.*, de 34 años, casada.

Antecedentes personales.—1891, matrimonio, un aborto de 3 á 4 meses; 1892, cefalalgias con exacerbación frontal tan intensas de día como de noche; poco después edema y fuerte dolor nocturno en los huesos de la pierna izquierda; 1893, ataque de desesperación y ahogo con convulsiones, terminando con llanto prolongado. No recuerda más de este ataque; desde el 93 hasta el 97 notaba por segundos dificultad para articular las palabras que la molestaba á menudo durante la conversación. Este fenómeno se acompañaba de penosa sensación de angustia. Estado actual: hasta la fecha se repiten accesos convulsivos análogos, de cortos minutos de duración, con intervalo de diez á quince días, precedidos de la sensación de un cuerpo móvil que partiendo del estómago asciende á la laringe, provocando desesperación y ahogo. Tiene insomnios, decaimiento intelectual, ovaria doble, sensación de frío y de hormigueo en las extremidades inferiores.

Examen objetivo.—Es de buena constitución, con regular cantidad de tejido adiposo y anémica; tiene infarto poliganglionar y exostosis de la tibia; aparato de la visión, diplopia á veces, no hay discromatopsia; gusto y olfato, disminuídos en el lado izquierdo; oído, normal; sensibilidad, hiperestesia del cuero cabelludo, varias placas de hiperestesia en la mano, brazo y pecho izquierdos; reflejos, abolición del faringeo y exageración del rotuliano.

Diagnóstico.—Histeria terciaria.

Tratamiento.—Específico.

1.º de abril de 1900: la enferma ha mejorado completamente de sus ataques histéricos desde noviembre pasado; pero actualmente padece otros de dos horas, dos y tres veces al día, caracterizados así: pérdida instantánea de la conciencia, caída al suelo y convulsiones tetánicas. Junio: curación hace mes y medio.

Tratamiento.—Se prosigue vigorosamente con el específico.

OBSERVACIÓN núm. 21, de octubre de 1899.—*T. C.*, de 35 años, viuda.

Antecedentes de su familia.—No ha tenido hijos.

Antecedentes personales.—1891, de 27 años, dolores osteócepos durante 8 meses en el cuerpo y en los miembros y que le impedían los movimientos, variables de sitio; otras veces sentía hielo en las piernas; 1896, dolores en la cara; 1899, hace nueve meses bañándose, cuando creyó ver un animal en el mar y se impresionó mucho. Salió con escalofríos, malestar, decaimiento. Desde entonces tiene ataques todas las noches hasta de á dos veces en la forma siguiente: un cuerpo extraño sube del vientre á la garganta, comprimiéndola; le viene desesperación, ansiedad, grita sin poderse dominar, no puede moverse; Suele tener convulsiones; duran una hora. Pasa en cama por la amiotenia; se cree muy mal, morir; tiene claustrofobia, insomnios, pesadilla, amnesia, inapetencia (todo la hincha), estitiquiez.

Examen objetivo.—Micropsia en ambos ojos; demás sentidos normales; sensibilidad, hemianalgnesia derecha; reflejos, Westphal. No presenta nada más anormal.

Diagnóstico.—Histeria terciaria.

Tratamiento.—Específico.

Marzo de 1900: sin ataques desde el 20 de enero.

OBSERVACIÓN núm. 22, del 20 de marzo de 1900.—*C. F. de C.*, de 38 años, dueña de casa.

Antecedentes de familia.—De 5 hermanos, uno nació muerto, el 2.º falleció de ataque cerebral á los 2 años, el 3.º existe y padece de ataques epilépticos, una hermana que le sigue en



edad es sana, y otro muerto. Su marido, luético, murió el año 90; sus padres murieron cuando era muy niña.

Antecedentes personales.—1879, matrimonio, y al mes y medio empezó su sífilis: erupción maculosa, dolores de garganta, dolores osteócosos en las extremidades, alopecia. Usó el tratamiento específico; 1880, dió á luz un niño muerto. En éste y en los 6 ú 8 años sucesivos se servía por temporadas del tratamiento antisifilítico, excepto en la primavera, época en que brotaba la sífilis con sus placas; 1887, cefalalgia occipital nocturna; 1890, reaparición de las placas, tratadas 3 meses específicamente, curación de sus síntomas luéticos; 1897, un mes se mantuvo una placa de anestesia en la región glútea izquierda.

Síntomas subjetivos.—El año 88 la comenzaron dolores de estómago con sensación de peso al ano, producidos por cualquier motivo, por una impresión; el año 95 le comenzaron sus ataques de desesperación, pena, aficción, taquicardia, ahogo, llanto, durando diez á quince minutos y repetidos de 3 á 7 días por medio; 1899, los 4 últimos meses pasaba constantemente desesperada, con alucinaciones de la vista y del oído (ruidos), creía morir, sentía una especie de contracción (tirantez) de los músculos posteriores del cuello; acostada, hasta varias veces en la misma noche, le saltaba una pierna sobre la otra y durante segundos su corazón parecía darse vueltas.

Empezó á usar en octubre el tratamiento antisifilítico con tal constancia que al presentarse á la Clínica han desaparecido todos los síntomas anteriores en un lapso de tiempo que no recuerda y persisten solamente unos cuantos que la sorprendieron junto con los otros de septiembre y que son; amnesia, insomnios, amiostenia, dolor punzante en la región lumbar de la columna vertebral, flacidez de las piernas.

Ha sido habitualmente estética.

Examen objetivo.—La constitución es buena pero su nutrición está resentida (no le abunda el tejido adiposo ni mucho menos), el color de su piel es anémico, su rostro indica sufrimientos. Aparato de la visión, tuvo alucinaciones, ahora no hay nada; audición, disminuída á la derecha, tuvo alucinaciones; olfato y gusto, normales; sensibilidad, nada anormal; reflejos, normales.

Diagnóstico.—Histeria terciaria.

Tratamiento.—Específico, cauterizaciones con Paquelin como revulsivas en la zona dolorosa de la columna, galvanización de la columna por paresia de las piernas.



Compiladas las observaciones en su orden cronológico, nos corresponde comprenderlas en una clasificación etiológica de los casos de histeria registrados en la estadística de la Clínica:

	Años	Hombres	Mujeres	Niños	Total
Histerias observadas de marzo á marzo (1893-1900).....	1893	3	25	1	29
	1894	4	37	2	43
	1895	6	41	1	48
	1896	5	42	...	47
	1897	5	62	2	69
	1898	5	43	...	48
	1899	1	55	3	59
	1900	...	1	...	1
		29	308	9	344

Los niños se hallan en la proporción del 2.6 %

Los hombres » » » » 8.43 »

Las mujeres » » » » 89.95 »

		1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900	Total
De las 344 son:	Sifilíticas (comprenden las únicas tres alcohólicas)...	2	10	6	10	8	6	10	1	53
	Traumáticas	1	1	...	4	...	6
	De causa indeterminada	27	32	42	37	60	42	45	...	285
		29	43	48	47	69	48	59	1	344



Se han presentado en hombres 5, ó sea 9.4%
 » » » » niños 9, » » 16.9 »
 » » » » mujeres 39, » » 73.5 »

Apareció la histeria después de los primeros síntomas de sífilis.

1 año en 3 casos	11 años en 2 casos
2 » » 3 »	13 » » 1 »
3 » » 5 »	14 » » 2 »
4 » » 7 »	15 » » 1 »
5 » » 4 »	16 » » 1 »
7 » » 5 »	17 » » 1 »
8 » » 7 »	19 » » 3 »
9 » » 2 »	20 » » 1 »
10 » » 4 »	21 » » 1 »

De las 53 histerias sífilíticas que son el 15.4% del total.

Han sido secundarias..... ninguna
 » » Terciarias..... 41 } 6 hombres
 (77.3%) } 35 mujeres

Han sido de la sífilis hereditaria 12 } 3 mujeres
 (22.6%) } 3 niños
 } 6 niñas

Nos excusamos de entrar en detalles respecto de los cuadros precedentes porque son explícitos y alargáramos inoficiosamente este trabajo.

No debemos pasar por alto un hecho que elevaría a una cifra muy crecida, 25 á 30%, la proporción de histerias sífilíticas (adquiridas ó hereditarias). Referímonos á que en muchos casos de sífilis se hallan uno que otro síntoma histérico ó aun ataques y á que en muchos casos de histeria se halla uno que otro síntoma de lues anterior, cefalea occipital, polymortalidad infantil (1), sífilis de los maridos, padres, etc. Es lo cierto que indicados dichos síntomas de un modo tan vago, nuestro deber nos induce simplemente á tomar nota.

(1) La polymortalidad infantil la encontramos en más de un 90% de los casos de histeria.



Histeria secundaria.—FOURNIER aboga de un modo terminante en favor de la inmensa superioridad de la histeria del período secundario en cuanto á su frecuencia.

LANG dice: «Hemos observado accesos de histerismo durante la erupción de las primeras sífilides cutáneas en jóvenes sin trastornos nerviosos hasta entonces.»

¡Curioso! á nosotros no nos ha tocado conocer ni un solo caso.

Es éste un desacuerdo ficticio: todos los que padecen histeria secundaria ocurren al sífilógrafo; todos los que padecen histeria terciaria ó de la heredo-sífilis, ocurren al neurólogo.

Histeria terciaria.—Compone, lo dijimos, el 77,3% de la suma de las histerias luéticas; lo que podríamos decir á propósito de ella está consultado en el cuadro inserto á continuación:

Histerias terciarias.	Tratadas específicamente, 27:	con mejoría, 10 (Obser. núms. 1, 5, 12, 13, 15, 18, 19, 20, 21, 22).
		sin constancia de mejoría ni de no mejoría, 16.
	Con tratamiento de histeria, 8:	sin constancia de mejoría, 8.
	En que que no hay constancia de tratamiento alguno, 6.	

Histero-heredo-sífilis.—El doctor P. PORTALIER cita el caso de un joven hijo de sífilíticos en quien se pronunció la histeria á los 15 años.

La opinión textual de FOURNIER es la siguiente: «Contrariamente á una creencia que no deja de estar acreditada en el público médico, la herencia sífilítica no se traduce exclusivamente por manifestaciones de orden sífilítico; muy á menudo se traduce por una cantidad de fenómenos que por no tener como lesiones, como síntomas, la apariencia, el carácter, la marca, no dejan de ser consecuencias innegables de la sífilis.»

Al terminar, se manifiesta inclinado á su aceptación con la



salvedad de que un puñado de hechos, *la falta de trabajos*, no autorizan para juzgar una cuestión tan compleja.

Por nuestra parte hemos contribuido con otro puñado, doce observaciones (núms. 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 16, 17), la única cantidad crecida dada á la publicidad. Y no vemos motivo para no aceptarla con igual confianza que las histerias de la sífilis adquirida, y con tanta más razón cuanto que la lues hereditaria se revela predilecta á afectar el sistema nervioso.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL
Histero-heredo-sífilis.

- | | | |
|----------------------------------|---|--|
| Tratadas específicamente, 6..... | { | Con mejoría, Observaciones números 6, 8, 14, 16, 17. |
| | | Sin constancia de mejoría ni de no mejoría, Observación número 2. |
| Histero-heredo-sífilis. | { | Con tratamiento de histeria, Observaciones números 3, 7, 9, 10, 11 (sin que haya constancia de una sola curación). |
| | | En que no consta ningún tratamiento, Observación número 4. |

Síntomas de la histeria de la sífilis.—Son los mismos de cualquiera otra. Para saberlos apreciar y distinguir se atenderá á su coincidencia, á las localizaciones y demás peculiaridades sin grande interés clínico. Su conjunto da las histerias leves, medianas ó graves.

Empero, sería una falta omitir que la histeria puede presentarse sola, aisladamente en la escena, sin cortejo ó con algún síntoma insólito, extraordinario, desconocido, que el médico no sepa relacionar á la diatesis, y que si la relaciona la confunde con una manifestación de sífilis cerebral.

«Hemos observado casos de individuos con síntomas de sífilis cerebral y que la autopsia no revelaba lesión alguna» (LANG).

Ha sucedido varias veces que no se ha descubierto ninguna lesión en el encéfalo de sujetos muertos de una enfermedad cerebral que no podía atribuirse más que á la sífilis (MAURIC).

De manera que no hay un síntoma que sirva para diferenciar la histeria sífilítica de las histerias restantes y ni siquiera podemos establecer el orden de sucesión de los síntomas, al menos nos conduce á esto la revisión de cada caso.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Consiguientemente, las alteraciones psíquicas, de los sentidos, de la sensibilidad, de los reflejos, son del todo semejantes, por lo cual no vale la pena entrar en pormenores.

LANG, ROOSA, G. GRUBER y WESTPHAL declaran haber observado en sífilíticos: el primero, ambliopía y amaurosis sin lesión la más pequeña del globo ocular; el segundo y tercero, pérdida gradual del oído por el estilo de las lesiones oculares, con mejoría por el tratamiento específico ó de duración transitoria; y el cuarto habla de alteraciones (alucinaciones) del olfato y de alteraciones del gusto.

¿Á qué atribuirlo con más fundamento que á la histeria sífilítica?

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL Dadas las razones irrecusables que certifican la existencia de la histero-lues, es necesario explicar mediante qué efecto de la sífilis llega á constituirse la histeria.

Merced á su intensa depresión moral, altera las facultades psíquicas en grado tal que no faltan los suicidas, estúpidos, locos, degenerados.

Especialmente en el período secundario imprime al sistema nervioso una perturbación profunda, verdadero «*Branle-bas*» (1), como decía RICORD.

Por último, WILBOUCHEWITSCH se ha encargado de probarnos que la sífilis reduce á la mitad y más aun la cifra de glóbulos rojos. De aquí con tanta razón la llamada *anemia sífilítica*.

La sífilis puede producir leucocitosis, leucemia y, para no pocos, hemoglobinuria (LANG).

Se comprende, pues, fácilmente cuál es el motivo de que la nutrición de un sífilítico se resiente al extremo de provocar el mal funcionamiento de todos los aparatos, en primera línea del aparato nervioso.

La intensidad de la *anemia sífilítica* nos da la clave de las distintas histerias, secundarias ó terciarias. Si la infección sífilítica es grave, la anemia está en relación con ella y se produce

(1) La traducción literal de «BRANLE-BAS» es zafarrancho, palabra que indica la magnitud de las alteraciones nerviosas.



la *histeria secundaria*; si es benigna, la *anemia* benigna, pero prolongada, persistente, crónica, nos da la *histeria terciaria*.

De dos causas de naturaleza idéntica, distintas en intensidad, la menor necesita más tiempo para realizar el efecto de la mayor.

BASSEREAU ha sentado una ley que estatuye estrecha correlación entre la gravedad del chancro y de la sífilis. Un chancro insignificante, que no despierta la atención del portador, significa una sífilis benigna, quizá sin período secundario; un chancro *serio* significa una sífilis maligna, de síntomas bien definidos, que nos da la *histeria secundaria*.

Hemos dicho quizá sin período secundario. En esto está el peligro, la malignidad de la sífilis benigna: por no tener á veces período secundario sorprende al paciente en pleno terciario; en este entonces produce también la *histeria*.

¡Cuidado con la sífilis *benigna* (1), á la cual se adeudan casi la totalidad de los terciarismos!

Duración de la histeria sífilítica.—Ante todo depende del tratamiento. Los cuadros siguientes dan un término medio de cuatro meses:

Histerias terciarias tratadas específicamente con mejoría.	}	En tiempo indeterminable (Observación número 5)	En 2 á 3 meses (Obs. N.º 19)
		En 4 meses (Obs. N.º 1)	» 3 » 4 » (» » 20)
		» 4 » (» » 12)	» 3 » 4 » (» » 21)
		» 4 » (» » 13)	» 5 » (» » 22)
		» 4 » (» » 15)	» 5 » (» » 22)
» 5 » (» » 18)			

Histero-heredo sífilis curadas específicamente con mejoría	}	En tiempo indeterminable (Observación número 6).
		En 3 á 4 meses (Observación número 8).
		» 4 » 5 » (» » 14)
		» 3 » » (» » 16)
» 3 » 4 » (» » 17)		

Tratamiento de la histero-sífilis.—Hemos probado hasta la saciedad la existencia de la *histeria* en el transcurso de la *lues*

(1) De 4.257 sífilis terciarias, según FOURNIER, han ignorado sus antecedentes el 3.1% de los hombres y el 17.9% de las mujeres (éstas seis veces más que aquéllos).



adquirida (secundaria ó terciaria) y de la hereditaria. No nos permiten engañar los hechos comprobados en nuestra Clínica de Enfermedades Nerviosas y los de respetados autores.

La sífilis causa un estado patológico, al que directamente se debe la histeria. Esto nos autoriza para no separar la una de la otra; pues curemos aquél y desaparecerá su consecuencia. Recordemos la antigua sentencia: «Sublata causa, tollitur effectum».

De aquí concluimos que el tratamiento de la histeria luética debe semejarse *en absoluto* al de cualesquiera otros accidentes de la misma diátesis, cual lo comprueban los 15 casos (números 1, 5, 6, 8, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22).

Una sífilis mejorada, no sana, puede producir manifestaciones tardías, causas de histerias terciarias.

Castiguense con el rigor que se quiera las deducciones que nos sugieren los casos clínicos y siempre quedan en pie hechos de valor indiscutible para el porvenir de la histeria.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL