rías de Janet y Sollier pueden sobreponerse, siendo la una interpretativa y clínica, mientras la otra es anatómica y fisiopatológica; en la opinión de Bernheim hay, sin embargo, una parte indiscutible de verdad, y puede comprobarla todo clínico que observe sin apasionamientos ni apriorismos: la imitación, la sugestión, la atención ó distracción, las emociones y otros fenómenos psicológicos pueden determinar, modificar ó suprimir en muchos casos una anestesia sensitiva ó sensorial, que en definitiva resulta ser una auto ó heterosugestión.

IV

Charcot (1) describió con el nombre de *diátesis de contractura* un estado especial de la tonicidad muscular, exteriorizado por la tendencia á entrar en contractura; esta diátesis sería peculiar de los histéricos, y predispondría al desarrollo de las parálisis espasmódicas. De igual manera, la llamada *diátesis de amiostenia*, caracterizada por la tendencia á la hipotonia muscular, implicaría una predisposición á las parálisis flácidas. Richer (2) estudió con especial cuidado este punto, sosteniendo que ese estado no es parálisis ni contractura, propiamente dichas, aunque tiene los caracteres de ambas; no se traduce exteriormente por signos objetivos, conservando el enfermo plena libertad de movimientos, hasta que un factor accidental provoca sus manifestaciones. Generalmente es ignorada por los sujetos en quienes se observa, y solo algunos individuos saben que al hacer movimientos bruscos sus miembros tienden á contracturarse, en el momento en que los efectúan. Muchos autores creen ver en esta diátesis simples fenómenos de sugestión; así opina Dejerine (1).

(1) Clinique des Maladies du Systéme Nerveux.—*Passim.*

(2) Etudes cliniques sur la grande hysterie, etc.—Paralysies et contractures hysteriques.

El nuestra enferma la diátesis de contractura existe de modo bien marcado. Basta friccionar profundamente, en vigilia, los músculos de cualquiera de sus miembros, para determinar un hipertonus bien manifiesto, el cual se intensifica progresivamente hasta llegar á la contractura. El mismo resultado se obtiene friccionando los gruesos nervios en la raíz de los miembros ó aplicando una venda de Esmarch; en este último procedimiento debe recordarse la indicación de Brissaud: no comprimir demasiado, pues el efecto falla. Estas contracturas experimentales desaparecen espontáneamente en la enferma; su duración corresponde á la intensidad de la contractura producida.

La educación y la sugestión hipnótica influyen poderosamente sobre el desarrollo de esta tendencia á la contractura muscular, como veremos enseguida. En las enfermas educadas basta cualquier excitación mecánica, y aún la simple orden verbal, para determinar la contractura de un miembro.

Según Charcot la diátesis suele acompañarse de anestesia más ó ménos neta, tactil y muscular. En nuestra enferma el miembro es sensi-

(1) En el Tratado de Patología, de Bouchard.

ble antes de determinar la contractura y anestésico mientras está contracturado, cesando la anestesia al normalizarse el tonus muscular. Sollier (1), que atribuye tan importante rol á la anestesia en la patogenia de todos los fenómenos histéricos, dá la siguiente explicación de estas contracturas, en harmonía con el criterio que preside su interpretación de la neurosis. «La contractura presenta una analogía completa con la catalepsia parcial, corresponde al mismo estado de anestesia, y solo difiere por la manera de provocarse el movimiento determinante. En la catalepsia parcial, en efecto, se coloca el miembro en una actitud dada sin producir contracción muscular. Como efecto de la anestesia muscular y de la inconciencia que tiene el sujeto acerca de la actitud de su miembro, es incapaz de modificarla y el estado tónico persiste. En cambio, para la contractura, es necesario provocar una contracción muscular. Una vez producida la contracción y suprimidas las sensaciones musculares á causa de la anestesia profunda, como en el caso precedente, el sujeto no puede ya modificar la actitud asumida y la contractura persiste, como antes, en estado tónico».

V

La escuela de Charcot nos ha ligado una descripción típica del gran ataque histérico, principalmente en los dos libros clásicos de Richer

(1) L'hysterie et son traitement.

(1) y Gilles de la Tourette (2). Sin espacio, ni necesidad, para referir en detalle la evolución clínica del gran ataque, diremos solamente que en él suelen distinguirse generalmente cinco fases.

a) Inicial: anunciada por modificaciones del carácter y de la inteligencia, alucinaciones, trastornos psíquicos diversos; el ataque comienza por un «aura», generalmente una sensación de bola que asciende desde la región ovárica ó el epigastrio hasta la faringe, con angustia retrosternal, terminándose por sensación de estrangulamiento. El enfermo suele tener conciencia de que su crisis sobreviene, y á menudo puede sentarse ó acostarse para evitar los efectos de una caída brusca; en algunos casos ésta es inevitable.

b) Período epiletóideo, durante el cual se suceden las convulsiones tónicas, las convulsiones clónicas y la resolución muscular, lo mismo que en los ataques de epilepsia.

c) Período de clownismo: caracterizado en ciertos casos por movimientos y contorsiones verdaderamente clownescas, y en otros enfermos por actitudes forzadas, más ó menos teatrales ó acrobáticas. Durante ese período los enfermos hablan, vociferan, gritan; en las frases rotas que pronuncian puede á menudo rastrearse la causa provocadora de los accesos, pues las enfermas suelen revivir algún acontecimiento anterior que ha jugado el mayor rol en la etiología de los accidentes.

(1) «Etudes cliniques sur la grande hysterie».—Parte II, Vol I.
(2) «Traité clinique et therapeutique de l'hysterie», cap. I.

d) Período de las actitudes pasionales: los enfermos continúan reviviendo ese hecho, se entregan en brazos de sus sueños y sus pasiones, y traducen por actitudes apropiadas los sentimientos que prueban: actitudes de terror ó regocijo, de excitación erótica ó misticismo religioso, etc.

e) Período delirante: el sueño prosigue, pero más tranquilo. Ese delirio puede continuarse durante muy largo tiempo y en ciertos casos arrastrar al enfermo á la locura.

Este cuadro típico, trazado por los clínicos de la Salpêtriére, solamente se observa en un reducido número de histéricos. En general, el ataque histérico es menos interesante, faltando los últimos dos ó tres períodos. Nada hay invariable ni preciso á este respecto; Roux (1), estudiándolo con criterio semeiológico, formula esta conclusión sintética: «todos los elementos de la gran crisis pueden existir solos ó combinarse de las más distintas maneras.»

En nuestra enferma tenemos dos clases de ataques. Los unos convulsivos, precedidos por aura histérica, y seguidos por ligero delirio ó subdelirio; los otros se inician y evolucionan con los caracteres del ataque epiléptico, resolviéndose en la misma forma que éste.—Nunca hubo clownismo, actitudes pasionales, ni período delirante bien definido.

En estas condicionas el diagnóstico de la enfermedad—á juzgar por los simples caracteres de sus ataques convulsivos—se prestaría á ciertas dudas clínicas. Desfilan sucesivamente, ante

(1) «Maladies Nerveuses», Parte I, cap. I, § III.

el observador, un período de ataques con caracteres siempre y exclusivamente histéricos, continuado por otro de convulsiones francamente epileptiformes, al cual sigue una tercera etapa de ataques histéricos, para caer finalmente en una alternación irregular de ambos tipos convulsivos. Si prescindiéramos de los demás signos clínicos que tenemos á nuestro alcance, se nos plantearía el diagnóstico diferencial entre la histero-epilepsia, la histeria epileptiforme y la coexistencia de ambas neurosis, histeria y epilepsia, evolucionando independientemente.

Es sabido que la histero-epilepsia es considerada por algunos autores como una entidad nosológica independiente, distinta de la histeria y de la epilepsia, aunque revestida de ciertos caracteres propios de cada una de ellas; sería una especie clínica híbrida, mestiza. No compartimos tal opinión; creemos, en cambio, con Charcot, que se trata de una modalidad clínica especial de la histeria verdadera, perfectamente caracterizable y que debe designarse con el nombre de histeria epileptiforme. Pero en ciertos casos, como observa Grasset (1), la epilepsia y la histeria verdaderas pueden superponerse en un mismo individuo; entonces, las crisis de cada una conservan su fisonomía distinta; en general se distingue bien lo que pertenece á una y á otra, no solamente por los caracteres del ataque sino por su comienzo y terminación. Un caso de Laudouzy, citado por Briquet (2), merece recordarse á

(1) Maladies du Systéme Nerveux, vol. II.
(2) Traité clinique, etc.

este respecto. Una joven, epiléptica desde su infancia, contrae matrimonio á los 18 años, disimulando su enfermedad; la revelación de esta aflictiva neurosis produce en el hogar inquietudes de toda clase: la histeria se sobrepone entonces á la epilepsia, evolucionando ambas simultáneamente, pero de distinta manera; más tarde un embarazo devuelve la paz á los esposos; la histeria desaparece, pero queda la epilepsia. Ambas neurosis se conservan independientes, como si se tratase de una blenorragia en un epiléptico ó de una nefritis en una histérica.

Restríngese, pues, el diagnóstico á dos términos: histeria epileptiforme ó histeria asociada á la epilepsia. Obsérvese que, en realidad, el segundo diagnóstico puede abarcar al primero; pero los caracteres extrínsecos al ataque inclinan hacia la histeria epileptiforme.

En verdad, la existencia de numerosos estigmas histéricos permanentes y accidentales, la movilidad especial de las anestesias y la diátesis de contractura, imponen el diagnóstico de histeria; pero el admitir la histeria no excluye la posibilidad de que coexista la epilepsia y sea causante de los ataques epileptiformes. Por los simples datos clínicos quedaría una puerta abierta á la duda.

El diagnóstico de los accidentes histéricos posee un recurso poderoso en la sugestión hipnótica; ella permite una fácil experimentación clínica, que suele aclarar los últimos puntos obscuros.

La experimentación clínica mediante el hipnotismo, siendo uno de los hechos más interesantes en el estudio de la histeria, es generalmente poco cultivada en las clínicas de enseñanza, no obstante las numerosas adquisiciones que de ella podrían recabar la fisiología y el diagnóstico. El hipnotismo se emplea, casi exclusivamente, como recurso terapéutico.

Presentamos esta interesante enferma en una de las «lecciones clínicas del miércoles», del

curso de Psicología Experimental dictado en la Facultad de Filosofía y Letras por el profesor Horacio G. Piñero, á quien corresponde el honor de haber iniciado la enseñanza científica de dicha materia en el país, ilustrando sus lecciones teóricas con trabajos experimentales de Laboratorio y con la presentación de casos clínicos, tomando en la psicopatología aquellos elementos, de observación y contraste, utilizables para el estudio de las funciones psicológicas normales.

Ante los alumnos del Curso de Psicología la enferma fué, sucesivamente, hipnotizada por los tres procedimientos más usuales: fijación ocular directa, fascinación por un objeto brillante, compresión de los globos oculares. El sueño hipnótico sobrevino en treinta segundos ó en un minuto, haciéndose la respiración más profunda y entrando todo el cuerpo en relajación general, idéntica á la del sueño ordinario.

Dormida la enferma, bastan simples órdenes verbales para hacerla levantar y trasladarse de un punto á otro, efectuando cuantos movimientos quiera ordenarle el experimentador. La diátesis de contractura adquiere extraordinaria sensibilidad durante el sueño hipnótico; basta poner los brazos bruscamente en extensión, ó friccionarlos levemente, para que se produzca la contractura instantánea, unilateral ó doble. El miembro contracturado queda en absoluta rigidez: tres alumnos del curso intentan en vano vencer violentamente la contractura sugerida; la simple indicación verbal basta para suprimirla, y, dada la educación de la enferma, un leve golpe sobre su brazo produce el mismo

efecto. Una fricción suave desde la nuca hasta los talones, permite determinar una contractura general de todo el cuerpo, produciendo un estado cataleptiforme que permite á la enferma mantenerse tendida sobre el respaldo de dos sillas, ayoyando la nuca en el uno y los talones en el otro. La resolución de esta contractura, mediante la sugestión verbal, es inmediata.

Conviene repetir que tales contracturas experimentales solo son inofensivas mientras se provoque rápidamente su resolución, en la misma sesión hipnótica. Es siempre peligroso despertar á una histérica, que nunca haya tenido contracturas, con una de origen experimental; la enferma se educa, adquiere conciencia de que podría tenerlas y ello basta para que puedan realmente producirse, dada la preexistencia de la diátesis de contractura.

Durante el sueño hipnótico la enferma es insensible, pudiendo pincharla superficial y profundamente sin que manifieste ninguna de las reacciones consecutivas á las excitaciones tactiles y dolorosas. Mediante la sugestión verbal pueden producírsele anestesias de diversa topografía, que persisten después de despertada la enferma; pueden también transferirse las zonas anestésicas existentes, ó suprimirlas. Para esto último conviene reforzar la sugestión verbal con fricciones en el sitio anestésico ó con cualquiera otra excitación mecánica; es el procedimiento curativo, por excelencia, de todas las anestesias de orígen histérico.

Es costumbre perniciosa provocar sugestivamente alucinaciones experimentales en las histéricas; por ese medio es fácil hacerles comer

papas ó esponjas, diciéndoles que son bombones, ó hacerlas deleitar oliendo el imaginario perfume de rosas que emana de una alcachofa puesta en su mano. Son juegos poco serios y positivamente peligrosos, pues despiertan en la enferma la posibilidad de fenómenos alucinatorios, que ella misma no sospechaba hasta entonces. Ni en esta enferma, ni en otra alguna de nuestro servicio, hemos practicado ni permitido jamás la práctica de estas experiencias perjudiciales.

Para estudiar los caracteres de los fenómenos convulsivos, el procedimiento más sencillo y corriente consiste en excitar las llamadas zonas histerógenas, que poseen la virtud de provocarlos. Debemos confesar que en las histéricas no educadas son poco frecuentes las zonas histerógenas, no obstante la opinión contraria de eminentes colegas; en cambio todas las histéricas acaban por tenerlas después de algún trato con médicos. A fuerza de buscar las zonas, se excita determinados puntos del organismo (los de mayor sensibilidad, normalmente: mamas, ovarios, etc.), determinando alguna vez un ataque; este hecho facilita su repetición, siempre que se renueven sensaciones semejantes. Sin negar, pues, la existencia de zonas histerógenas primitivas, consideramos que generalmente resultan de la educación y son obras del manoseo profesional.

Nuestra enferma no ha tenido, ni tiene, zonas histerógenas en vigilia. Pero durante el sueño hipnótico pueden determinarse en ella zonas histerógenas y frenadoras á voluntad, mediante la simple sugestión verbal. Se le indica

que bastará comprimirle el vértex, el codo ó la rodilla para que se produzca un ataque y que al tomarla de las muñecas ó de la nariz cesará inmediatamente; así ocurre, en efecto, pudiendo repetirse infinitas veces el ensayo, cambiando cada vez la zona de excitación ó frenadora; el ataque puede ser detenido en cualquier momento de su exteriorización.

Esos ataques experimentales permiten observar sus caracteres intrínsecos, contribuyendo mucho al diagnóstico en ciertos casos dudosos; en este concepto hemos podido comprobar el valor de la experimentación durante el sueño hipnótico, en casos de hemiplegia, hipo y otros accidentes de interpretación incierta.

En esta enferma los ataques fueron indistintamente de tipo histérico puro y de tipo histero-epileptiforme. Dato esencial: dejando prolongar un mismo acceso, algunas veces transfórmase en epileptiforme el que comienza histeriforme,. y viceversa. Esta observación confirma la doctrina de ser, ambos tipos, manifestaciones de una sola neurosis: la histeria.

VII

En el tratamiento de esta enferma conviene distinguir dos fases diferentes: 1.º El tratamiento de los accidentes visibles (convulsiones y anestesias), después de producidos; 2.º El tratamiento general de la neurosis, ó profilaxia de los accidentes.

Para el tratamiento de los accidentes empleamos, primitivamente, bromuro de potasio, du-

rante un año y medio, en el período de predominio de los ataques epileptiformes. Se hizo el tratamiento sistemático, persiguiendo la dosis de saturación, controlada por el estado de las reacciones pupilares, é instituyendo una higiene terapéutica apropiada. Los ataques disminuyeron hasta uno ó dos por semana, no consiguiendo mejorar ese resultado.

Después se ensayó la psicoterapia, mediante la sugestión hipnótica, pero sin suspender el bromuro. Se consiguió curar las anestesias y determinar en la enferma zonas frenadoras del ataque, para servirse de ellas toda vez que los sufriera. Se sujirió á la enferma que la compresión de las muñecas determinaría la cesación del ataque y se educó esta zona frenadora repitiendo muchas veces el ensayo durante el sueño hipnótico; bastó advertir á los allegados de la enferma que cuando ocurriese un ataque debían tomarla de las muñecas: la sugestión dió excelentes resultados, repitiéndola de tiempo en tiempo para hacer perdurable su efecto.

Simultáneamente se hicieron á la enferma sugestiones verbales dirigidas á suprimir los ataques, sin suspender todavía el bromuro de potasio. Los ataques se espaciaron más y más; se hicieron semanales ó decenales. Para discriminar el resultado de ambos tratamientos (sugestivo y medicamentoso) se suprimió, brusca y totalmente, el bromuro, sin que ésto influyera sobre la evolución de la enfermedad. Se continuó el tratamiento sugestivo exclusivamente; los ataques habían desaparecido desde dos meses, al ser presentada, en Octubre de 1903, á la clase del profesor Piñero. Han transcurrido

ocho meses más; la enferma no ha tenido un solo ataque.

En resúmen, los efectos del tratamiento pueden interpretarse como sigue. La higiene terapéutica es el medio por excelencia para el tratamiento general de la neurosis; un buen régimen permitió hacer semanales los ataques diarios.

Estos ataques, así como las anestesias y otros accidentes, fueron tratados con éxito por medio de la sugestión hipnótica, ya sea obrando directamente sobre las anestesias, ya sea produciendo zonas frenadoras para detener los ataques.

La amenguación de los accidentes determinó su enrarecimiento. Esto y las sugestiones directas, se han combinado para llegar progresivamente á la total suspensión de todo fenómeno visible en la enferma. Será histérica mientras viva; mas, si respeta su régimen de higiene terapéutica, estará relativamente garantida contra la aparición de accidentes. Cuando éstos se produzcan, el tratamiento preferido deberá ser la sugestión hipnótica.

La acción del bromuro de potasio ha sido nula. Esta sustancia solo sirve en las histéricas para calmar estados de agitación, efecto obtenido intoxicando la célula nerviosa y entorpeciendo su actividad funcional. Es un chaleco de fuerza químico, nó un verdadero medicamento.