crónicos al salir del sueño normal. Al despertarla — dándole algunas leves palmaditas sobre la mejilla ó la frente—la enferma volvía en sí, sobresaltada, con fisonomía de miedo, llevándose las manos al pecho y á la garganta; muequeaba con visible desagrado, como si una sensación molesta le fastidiara las fauces, y en seguida, inclinando lateralmente la cabeza, escupía una bocananada de secreción acuosa, en cantidad de 40 gramos, que llegaba á la boca por regurgitación del estómago. Esa *pituita post-hipnótica* es la mejor prueba de la profundidad del sueño experimental en estos alcoholistas.

Repitiendo después de cada sesión hipnótica las sugestiones verbales en vigilia, la enferma curó progresivamente de su dipsomanía. Las sesiones fueron dos por semana, durante dos meses; una por semana, durante el tercer mes; dos en el mes siguiente. Ha transcurrido más de un año, y no hay recidiva.

CAPITULO VIII

La Astasia-Abasia y su tratamiento

I—Concepción é historia de este síndroma.—II Anamnésticos de nuestra enferma—III Comienzo de su afección—IV Los síntomas de la enfermedad.—V Diversas formas clínicas de la astasia-abasia.- VI Diagnóstico. —VII Interpretación patogénica.—VIII Astasia-Abasia combinada con impulsos ambulatorios automáticos.—IX Tratamiento psicoterápico.

I

Algunos enfermos, libres de fenómenos paralíticos, pues en cama ejecutan los movimientos ordenados ó espontáneos conservando su fuerza normal y una perfecta coordinación, no pueden, sin embargo, estar de pie ni caminar. Desde que sus plantas tocan el suelo, el enfermo *se hunde*, en el sentido literal de la palabra. Los miembros inferiores, fuertes y válidos para ejecutar cualquier otro movimiento, son inertes é incapaces cuando se solicita su trabajo para sostener el cuerpo ó caminar.

En el clásico tratado clínico de Briquet este sindroma histérico fué vagamente señalado, mucho antes de que recibiera su nom-

bre actual y la interpretación presente. Ocupándose de las paraplegias histéricas, decía:

«Hay motivo para sorprenderse ante estos enfermos; mueven sus miembros inferiores con facilidad y con mucha fuerza mientras están en cama, pero son incapaces de tenerse de pie un solo instante.» (1).

Lebretón (2), en su tesis inaugural de 1858, expresa un parecer semejante. «A menudo ocurre que la enferma, estando acostada, puede imprimir á sus miembros inferiores movimientos extendidos. Creeríase entonces que hay paresia ó se sospecharía en la enferma una simuladora; pero si intentamos hacerla marchar algunos pasos, la progresión, lenta al principio, se imposibilita, pues las piernas comienzan á flaquear, plegándose bajo el peso del cuerpo; diríase que el influjo nervioso acumulado por el sujeto se agota en cierto momento». En 1857, Barnier, estudiando en su tesis de agregación las parálisis sin lesiones orgánicas apreciables, señaló vagamente este sindroma; igualmente Cothenet, en su tesis de 1858, ocupándose del diagnóstico de las paraplegias.

Pocos años más tarde, el profesor Jaccoud (3) describió un caso típico de este sindroma, en el capítulo relativo á las ataxias por falta de coordinación automática. «En patogenia esta forma solo difiere de la ataxia completa por conservarse la coordinación voluntaria,

(1) «Traité clinique, etc.», cit., pág. 465.

(2) Citado por Gilles de la Tourette, así como las tesis de Barnier y Cothenet.

(3) Les paraplegies et l'ataxie du mouvement. Paris, 1864, pág. 653.

es decir el sentido muscular; en clínica se distingue por los resultados negativos de la prueba de los ojos y por la adaptación regular de los movimientos al fin propuesto. Esta forma, muy rara, hasta ahora solo se ha observado en las histéricas, y debe atribuirse á la exageración de la excitabilidad refleja de la médula, más bien que á la perturbación de las radiaciones espinales.

La completa normalidad de los movimientos, cuando el sujeto los ejecuta en cama ó sentado, prueba este aserto; solo se torna atáxico mientras está de pie ó camina; entonces las contracturas involuntarias perturban el equilibrio ó interrumpen la harmonía del acto personal cuando la planta del sujeto toca el suelo, es decir cuando las impresiones centrípetas resultantes del conctato dan lugar á hiperkinesia mórbida medular»

Charcot y Richer (1) describieron el sindroma bajo el nombre de impotencia motriz de los miembros inferiores por falta de coordinación relativa á la estación de pié y la marcha; más tarde insistió Charcot en sus lecciones de 1883, recojidas por el profesor Miliotti (2), y en los martes de la Salpêtriére, de 1887 á 1888.

En el mismo año 1885, Weir Mitchell (3) dió una descripción bastante exacta de tales trastornos, refiriéndolos á la gran neurosis y de-

(1) En «Medicina Contemporanea», 1883, núm. 1.

(2) «Lezioni cliniche dell'anno scolastico 1883-84, ecc., redatte da D. Miliotti, editadas por Vallardi, 1885.

(3) «Lectures on diseases of the nervous system, etc.», Philadelphia, 1885, pág. 39.

finiéndolos con el nombre de «ataxia motriz histérica». Esa publicación coincidió con las de Erlenmeyer y Romei (1), refiriéndose la primera á la forma que después se llamó astasia-abasia trepidante, y el segundo á una pseudo paraplegia infantil en el acto de la marcha, semejante á los casos de Charcot publicados por Miliotti.

Sin embargo, corresponde á Blocq el mérito de haber incorporado á la nosología el cuadro característico de la astasia-abasia, comenzando por darle ese nombre y terminando por fijar sus límites clínicos, hasta hoy respetados. Su definición se conserva tal como Blocq la formuló en su primera comunicación: «es un estado mórbido en que la imposibilidad de la estación vertical y de la marcha erecta contrastan con el estado normal de la sensibilidad, de la fuerza muscular y de la coordinación para los otros movimientos de los miembros inferiores». (2)

En trabajos siguientes, Blocq (3) completó la descripción del sindroma, desde el doble punto de vista semeiológico y clínico, siendo estériles los esfuerzos de Duprat (4) para amenguar sus muchos merecimientos, no obstante escudarse tras la citada lección de Jaccoud.

La bibliografía argentina, en el curso de es-

(1) Ambos citados por Gilles de la Tourette, loc. cit.

(2) «Sur une affection caractérisée por de l'astasie et de l'abasie», Archives de Nervologie, 1888.

(3) «Les troubles de la marche» y «Semeiologie et diagnostic du Systéme nerveux» (en colaboración con Onanoff).

(4) «Contribution á l'étude des troubles moteurs-psychiques, syndrome de Jaccoud (astasie-abasie)—Tesis de Paris, 1892.

tos veinte años, es breve. Una observación del Dr. Estevez (1) presenta la particularidad de acompañarse con alteración especial de la palabra; ambas perturbaciones habían sobrevenido simultáneamente, á consecuencia de un ataque de influenza, y el autor las clasificó dentro de un mismo orden de fenómenos: defecto de coordinación para determinados movimientos complejos y sistematizados, opinando que en ambos casos se trataba de alteraciones funcionales ligadas á la histeria. El Dr. Lagarde (2), presentó en la misma Sociedad Médica otro caso de astasia-abasia, acompañado por logoplegia. El Dr. Domingo V. Pomina (3) escribió su tesis sobre este sindroma, estudiándolo en nuestra clínica del Hospital San Roque, sobre la enferma de que pasamos á ocuparnos.

El Dr. Henrique Roxo, de Río Janeiro (4), estudió un caso interesante, consecutivo á una infección, en el «Brazil Médico», induciendo interesantes conclusiones sobre la etiología infecciosa de la histeria.

La reducida bibliografía argentina podría sugerir la creencia de que la astasia-abasia es rara entre nosotros, no obstante tener un foco urbano de casi un millón de habitantes, medio singularmente propicio á la producción de accidentes histéricos. ¿Debe admitirse su excepcional rareza entre nosotros, siendo la histeria harto común?

(1) en «Rev. de la Soc. Médica Argentina», Buenos Aires, 1893.

(2) Citado en la tesis de Pomina.

(3) «Astasia-abasia», Tesis de 1903, Buenos Aires.

(4) «Brazil Médico», 1903, Río de Janeiro.

Creemos, fundadamente, que estos casos no son tan excepcionales; la astasia-abasia suele motivar errores de diagnóstico, evolucionando expontáneamente, sin necesidad de ser diagnosticada, y curando á pesar de los tratamientos instituidos con ese propósito. Este sindroma suele evolucionar encubierto por tres falsos diagnósticos: paraplegia histérica, ataxia espinal, impotencia motriz puramente reumática. Confirma esas presunciones nuestro caso clínico, asistido sucesivamente por dos colegas, con los diagnósticos de parálisis espinal y reumatismo.

II

Enfermedad de la adolescencia y la juventud, la astasia-abasia obsérvase generalmente de los 10 á los 15 años; menos comúnmente de los 20 á los 30. Después de esa edad es excepcional, citándose contados casos en la literatura médica. Es más frecuente en las mujeres que en los hombres y se instala sobre el propicio terreno de la neurosis histérica; el accidente puede ser provocado por traumatismos, emociones, intoxicaciones, y, en general, por todas las causas comunes á los demás accidentes análogos. Se instala bruscamente ó de una manera progresiva, según los casos.

Nuestra paciente fué conducida al consultorio de enfermedades nerviosas del Hospital San Roque por serle imposible estar de pie ni caminar; sus piernas flojeaban, siendo necesario sostenerla por debajo de ambas axilas para que pudiera tenerse de pie, dejándose caer

cuando se la privaba de ese apoyo. La traían en brazos, entre su madre y una tía, siendo menester acostarla en llegando al consultorio.

M. L. tiene de trece á catorce años de edad, ha nacido en un pueblo de la República Oriental, es soltera y ocupada en quehaceres domésticos. Hija de padres agricultores, ha tenido poca educación, llevando una niñez apacible, exenta del surmenage infantil propio del ambiente escolar en las grandes ciudades. Sabe leer y escribir, no tiene ideas religiosas, es de carácter tímido, de pocas palabras y aspecto rural. Está en buenas carnes.

Su madre, que la acompaña, es una mujer de constitución pobre, inteligencia mediana y carácter apacible. Suele tener mareos y vahidos, especialmente cuando se disgusta; esos fenómenos son acompañados por dolores difusos en el cráneo, puntadas en las sienes, pesadez en los ojos, ahogos, y algunas veces palpitaciones de corazón. Nunca ha sufrido desmayos ni convulsiones, pero tiene anestesia faríngea y campo visual estrechado. Es, sin duda, una enferma de pequeña histeria. El padre de la paciente es sano, según referencias de su esposa. Tienen siete hijas, todas mujeres, menores que la enferma; una es muy nerviosa y la llaman «la loquita».

Los antecedentes patológicos generales de la joven son complicados. Ha tenido sarampión, tifóidea, escarlatina, fiebre gástrica, difteria, etc. La escarlatina y la difteria produjéronse un año antes de su presente enfermedad; desde esa época quedó atontada. A la edad de diez años regló, apareciendo dos veces el

flujo menstrual, con caracteres normales. Suspendida la menstruación hasta los doce años y medio, ha continuado con irregularidad hasta el presente, repitiéndose hasta dos veces por mes.

Sus antecedentes nerviosos nos revelan que siempre ha sido pobre de espíritu. Frecuenta escuelas rurales desde la edad de cinco años, con irregularidad: sabe leer, escribe mal y encuentra dificultades cuando intenta resolver las más sencillas cuestiones aritméticas. Tiene escaso oído musical y sentido estético nulo. Desde hace un año—después del tifo y la escarlatina—suele tener mareos, vértigos fugaces; cada cuatro ó cinco días ha sufrido crisis de agitación inmotivada, con llanto y estado ansioso. Actualmente esas crisis solo se producen á consecuencia de emociones, cuando va á la iglesia ó cuando está sola durante la noche; á menudo revisten forma de accesos de timidez.

III

Un mes antes de concurrir al consultorio, á mediados de julio de 1902, la enferma sintió dolores en la cintura, que le corrían por el vientre, las ingles y las piernas, hasta las rodillas. Se puso en cama; en dos ó tres días los dolores se aliviaron. La enferma resolvió levantarse, mas al intentarlo encontró que «tenía las piernas flojas y no podía sostenerse». En vano sus padres le intimaron se levantara, pues consideraban que la cama la debilitaría más; la enferma alegó impotencia para tenerse en pie, siendo vanas todas las tentativas para obtener que abandonase la cama. Llamado un médico del pueblo vecino, opinó tratarse de una parálisis espinal; después de ensayar, en vano, algunos remedios, aconsejó á la enferma que viniera á Buenos Aires. Mientras se alistaba el viaje, su madre consultó á un curandero espiritista, quien diagnóstico «encogimiento de la nervadura» y vendió á la enferma algunas botellas de agua magnetizada, para usar en bebida y en loción, «intus et extra». En Buenos Aires consultó á un distinguido colega; creyendo pudiera tratarse de un caso de reumatismo le recetó salicilato y yoduro, indicándole concurriera al consultorio de enfermedades nerviosas, en el Hospital San Roque, para mejor proveer.

El día 22 de Agosto fué examinada por primera vez, constatándose las generalidades y caracteres descriptivos ya enunciados. Desde cuarenta días la enferma no se levantaba de la cama, por tener las piernas flojas; no podía pararse ni caminar.

La inspección de la enferma, en decúbito dorsal, no mostraba posiciones anormales del tronco ó de los miembros, ni se veían atrofias parciales ó localizadas. Las piernas eran de aspecto y diámetro normal, revestidas de discreto panículo adiposo, suficiente para disimular cualquier adelgazamiento de las masas musculares.

El cuadro cambia al ordenarle que se ponga de pie y camine. Le es absolutamente imposible; las piernas cuelgan flácidas, como si al

tocar, los pies, el suelo, se hubiese aflojado en ellos algún misterioso resorte automático. Cuando se la sienta ó acuesta, la motilidad vuelve á ser posible.

Ordenando á la enferma que camine sobre pies y manos, lo hace, mas con dificultad; su madre refiere que es su única forma de locomoción durante las últimas semanas, en los pocos instantes en que deja la cama ó la silla.

Los reflejos defensivos son lentos; los tendinosos y cutáneos normales. Falta el reflejo faríngeo. Pupilas iguales; reaccionan normalmente á la luz y la acomodación. Esfínteres normales.

Sensibilidad general ligeramente escasa, debido á la poca mentalidad de la enferma. Solo en la región externa del antebrazo izquierdo se constata una zona elíptica de anestesia, de doce centímetros de largo por siete de ancho. Las localizaciones tactiles son precisas; estereognosis incierta; sentidos térmico y dolorífico escasos; la sensibilidad muscular de las piernas perturbada, existiendo una sensación subjetiva de impotencia que no corresponde á la fuerza real. Los sentidos especiales poco agudos; campo visual correcto.

El examen psíquico revela una mentalidad inferior, deprimida, vagamente estúpida.

IV

Orientando el examen del caso hacia su verdadero diagnóstico clínico, ya presumido por la simple ponderación de los datos anamnésticos, encontramos una desorganización funcional y sistematizada del aparato de equilibración, lesionando de diversa manera los distintos modos de actividad kinésica de las extremidades inferiores.

Después de comprobar la localización de los fenómenos patológicos en las piernas, se examina su motilidad estando la enferma acostada y sentada, sucesivamente. En el lecho, los movimientos espontáneos se producen normalmente, mas con cierta lentitud propia de la mentalidad inferior de esta enferma; se le ordena levantar sucesivamente las piernas, encogerlas, extenderlas, dar un puntapié, y lo hace correctamente; no hay parálisis, incordinación, espasmos ni temblores. Sentada en una silla repite esos movimientos sin obstáculo de ninguna clase.

No solamente la motilidad es normal, sino que la fuerza muscular está bien conservada; al estirar la pierna vence fuertes resistencias opuestas por la mano del médico, levanta pesos discretos con la punta del pie, etc. Repite varias veces esos movimientos, probando tener resistencia á la fatiga muscular.—Sin embargo, la paciente *cree y dice* tener las piernas flojas.

Ordenando á la enferma ponerse de pie, desliza las piernas para sacarlas de la cama, resbala normalmente sus glúteos sobre el borde, hasta tocar el suelo con los pies; en este movimiento su manos se apuntalan en el margen de la cama, evitando la caída del cuerpo, como si el suelo hubiera escapado bajo sus plantas. Sostenida por su madre y el