Reflejos tendinosos exagerados; hay *verdadera* trepidación epileptóidea.

Hipoestesia derecha.

Hay reflejo abdominal.

Signo de Babinsky, perfectamente marcado.

En la imposibilidad de asistir á la enferma en su domicilio, recomendamos á su marido la hiciera ingresar á una de las clínicas de mujeres del Hospital San Roque. Pero el esposo de la enferma, sin darnos aviso de ello, la condujo al Hospital Francés,—es esa la nacionalidad de ambos—donde estuvo en asistencia durante un mes y medio. Salió completamente curada, según nos comunicó un vecino á quien pedimos datos sobre ella, no pudiendo verla personalmente, pues su esposo cambió domicilio durante la enfermedad.

CAPILLA ALFONSINA

CAPITULO X

La Dísnea Histérica

I—Caracteres clínicos de este accidente respiratorio.—II Antecedentes y origen de la dísnea.—III Examen clínico de la enferma.—IV Mecanismo fisiopatológico, diagnóstico y pronóstico.—V Tratamiento por la sugestión hipnótica: mecanismo operatorio.

I

Los accidentes histéricos del sistema respitorio son numerosos. El bostezo, la afonía, la risa, la tos, el hipo, el estornudo, la dísnea, y en general todos los síntomas anormales de ese aparato, pueden ser determinados por la histeria. La *dísnea histérica* es poco vulgar; le han prestado poca atención los neuropatólogos, siendo uno de los accidentes histéricos cuya bibliografía es más reducida.

Briquet (1) describió con el nombre de «asma histérico» fenómenos parecidos á los descritos más tarde con el nombre de «dísnea histérica», aunque inconfundibles con ellos; se-

(1) «Traité clinique, etc.», pág. 251 y sig.

gún ese autor el «asma» se conocía de vieja data, pues á ella se refería Van Helmont al describir el «asma uteri». Los síntomas que Briquet le adjudica son pocos definidos; «es muy difícil diferenciar esos fenómenos de los propios del asma verdadero, así como de los accesos de asma sintomáticos del enfisema.

Acaso por tal motivo quedó aislada la descripción de Briquet, pues la manifestación clasificada actualmente como dísnea ó taquipnea histérica reviste un aspecto clínico muy diferente» (1).

Fouquet (2) describió por acaso un caso de taquipnea histérica asociada con ataques convulsivos, paraplegia y anestesias diversas.

Charcot (3), en sus memorables «Lecciones del martes», presentó un caso característico, fijando definitivamente la sintomatología clínica de este sindroma histérico. La enferma era una judía, de veinte años de edad, con antecedentes histéricos bien definidos. Desde un año su respiración era precipitada, llegando hasta 170 y 180 movimientos por minuto; era silenciosa, con inspiraciones poco profundas; la enferma no revelaba ansiedad, ni sufrimiento alguno, no encontrándose rastros de cianosis, que no habrían faltado en caso de verdadera dísnea con anoxhemia.

La auscultación cardíaca y pulmonar revela signos normales. La dísnea cesa durante el

ourette, «Traité clinique, etc.», pág. 207.

(2) «Etude clinique sur quelques spasmes d'origine hystérique», Tesis, Paris, 1880.

3) Volúmen II, pág. 11 y sig.

sueño; en vigilia no es continua; presenta intermisiones, durando sus accesos tres ó cuatro horas, precedidos siempre por un período prodrómico muy parecido al aura de la histeria convulsiva; el acceso termina por llanto, como un ataque de histeria vulgar. En suma el acceso representaba, en cierto modo, un ataque histérico transformado. Durante más de un año resistió á un tratamiento racional, siendo esa tenacidad muy común en los accidentes de la histeria monosintomática.

Déjerine (1) sintetiza con exactitud sus rasgos típicos: «Se caracteriza por una extrema aceleración de los movimientos respiratorios, que pueden alcanzar el número de 170 á 180 por minuto: es una verdadera polipnea. La respiración se produce sin ruido, sin esfuerzo, sin ansiedad, sin cianosis; el pulso no pasa de 60 á 80 pulsaciones. No hay espectoración, ni signos estetoscópicos. Esa dísnea desaparece durante el sueño. Sobreviene por accesos que duran tres ó cuatro horas y se acompañan de algunos síntomas (aura, llantos) que permiten asimilarlos á ataques de histeria. Otras veces existe en estado permanente. Es también, á veces, una manifestación monosintomática de la histeria, pudiendo coincidir ó nó con los ataques convulsivos».

La mayor parte de los casos publicados se refieren á la forma accesual ó paroxística, durando de pocos minutos hasta tres ó cuatro horas, constituyendo el acceso un verdadero

(1) Déjerine, en «Traité de Pathologie generale» de Bouchard, tomo v, pág. 1029.

equivalente ó substitutivo del clásico ataque, de forma convulsiva. Y, lo mismo que él, suele comenzar la dísnea histérica por auras sensoriales y terminarse por fenómenos resolutivos diversos: á menudo una crisis de llanto ó una intensa depresión, seguida por sueño profundo. El número de respiraciones por minuto, en casi todos los casos, oscila entre 100 y 120, siendo en absoluto excepcional la cifra de 180 observada por Weir Mitchel (1). La respiración, es generalmente, muy superficial y á tipo costal superior, según observa Tamburini (2); es rítmica, recordando mucho la dísnea compensadora de los perros durante los días de grandes calores.

II

M. J., argentina, soltera, cocinera, de veinticinco años de edad, de raza criolla, sabe leer y escribir, lleva una vida arreglada, tiene carácter tranquilo y jovial, buena constitución física y se encuentra en discreto estado nutritivo. Ignora por completo sus antecedentes hereditarios. Los individuales carecen de interés hasta la época de la pubertad, pues se reducen á enfermedades infantiles sin nada digno de especial mención. A los trece años, bajo el acicate de la sensualidad que despertaba, contrajo hábitos onanistas, que desde esa fecha no ha abandonado jamás.

Un pariente suyo la masturbó por primera vez, para resarcirse de sus negativas á mayo-

(1) «De la respiration hysterique rapide», en Semaine Médicale, 1893, núm. 32.

(2) A. Tamburini: «Isterismo», en el tratado de Cantani y Maragliano, parte V, volumen II.

res pretensiones; mas cuando ella no dispuso de su pariente, se proporcionó por si misma la satisfacción de sus ansias sexuales.

Ha pasado por épocas de mayor recrudecimiento de su vicio, siendo la primera á los quince años de edad y coincidiendo con sus primeras manifestaciones francamente histéricas; la misma enferma atribuye á sus abusos onanistas toda la enfermedad, á punto de creer necesario referirnos esos datos, como indispensables para comprender su afección.

A la edad de quince años, como dijimos, consecutivamente á excesos onanistas, la enferma comenzó á padecer de insomnios, sueños terroríficos, alucinaciones prehípnicas y al despertar, debilidad general, palpitaciones de corazón y mareos. Fué asistida por un médico cuyo nombre no recuerda, confesándole su vicio; recibió tal responso que en mucho se aplacaron sus ardores genitales, pasando por una larga y saludable remisión, ya que no intermitencia, de su vicio. Pero la neurosis quedó instalada ya en su organismo. Desde esa época, y más intensamente cuando acentuaba su hábito vicioso, sufrió de pequeña histeria, bajo forma de mareos, vahidos, palpitaciones y ahogos con sensación de bolo histérico. A la edad de veinte años sufrió el primer ataque convulsivo, repitiéndose ocho ó diez veces en el curso de cinco años. No ha tenido en su juventud otras enfermedades. Desde los veintiuno ó veintidós años mantiene relaciones amorosas extramatrimoniales, declarando que el uso normal de su sexualidad benefició sensiblemente su salud, y en especial su sistema nervioso.

CAPILLA ALFONSINA

A principios de Septiembre de 1903 esta enferma sufrió un disgusto grave en la casa donde trabajaba. Por tal motivo lloró copiosamente; en llorando, su respiración cambió de ritmo, acelerándose progresivamente, hasta constituir una dísnea franca y continua que se prolongó después de terminado el llanto. Cuatro ó cinco horas más tarde, en vista de que no cesaba el accidente, fué consultado nuestro distinguido colega el doctor Franklin Gilardi, quien diagnosticó desde el primer momento «dísnea histérica». Intentó sugestionar á la enferma con palabras alentadoras, dándole seguridades de que todo pasaría con pocas cucharadas de bromuro de potasio, medicamento que la enferma tomó durante ocho ó diez días, hasta la dosis de siete gramos diarios, sin modificarse en lo más mínimo el accidente. Pasado ese tiempo el doctor Gilardi nos envió la enferma; la encontramos con los siguientes síntomas.

III

Estado general bueno. Enferma tranquila, acomodada á su trastorno, no obstante sufrirlo desde 8 á 10 días. Caracteres morfológicos degerativos poco importantes; tipo étnico criollo. Aparatos digestivo y génito-urinario funcionan normalmente; secreciones bien. Corazón sano, 78 contracciones por minuto; tensión y ritmo del pulso, normales.

El sistema nervioso revela signos de la gran neurosis en sus manifestaciones somáticas más características: jaqueca frecuente, neuralgias

faciales, anestesia faríngea, hipoestesia en forma de calcetín en el pie derecho, estrechez del campo visual, alucinaciones oníricas, anestesia mamaria con función histerógena pero no inhibidora. La compresión de estas zonas provoca ataques convulsivos, que duran de 5 á 10 minutos, durante los cuales se modifica la dísnea; pero ésta vuelve al *statuo quo* en cesando los fenómenos convulsivos.

Los fenómenos del aparato respiratorio llaman la atención desde el momento en que se ve á esta enferma. Se presenta con la boca semiabierta, alta la cabeza, el cuello estirado hacia adelante y desabrochado el cuello de la bata, respirando con rapidez vertiginosa, sin hacer más ruido que el propio de toda respiración rápida voluntaria. No revela fatiga ni tanta preocupación cuanto su percance podría justificar.

El número de movimientos respiratorios llega á 115 por minuto. La inspiración es superficial; diríase que el aire no se renueva más allá de los gruesos bronquios. El tipo respiratorio es costal superior, pero debe advertirse que se trata de una mujer. Cuando se distrae fuertemente la atención de la enferma, la dísnea se atenúa y el número de movimientos respiratorios no pasa de 100; pero esta modificación dura pocos segundos, acelerándose nuevamente. Durante el sueño, según refiere una vecina que acompaña á la enferma, la dísnea cesa, mereciendo señalarse la transición brusca entre la dísnea y la respiración normal en el momento de dormirse. Igual hecho observamos en otros accidentes histéricos del aparato respiratorio: el hipo histérico, por ejemplo.

La voluntad de la enferma no modifica en lo más mínimo el ritmo y la rapidez de la dísnea; solamente imponiéndole con brusquedad que deje de respirar ó respire con más pausa, se consigue modificar ligeramente el ritmo de dos ó tres movimientos respiratorios.

La experimentación clínica mediante el hipnotismo permite suprimir la dísnea durante el sueño provocado, ocurriendo exactamente lo mismo que en el hipo histérico, como veremos; si alguna duda pudiera ofrecer el diagnóstico, quedaría disipada ante el control experimental de la hipnotización. Al despertar, la dísnea reaparece, sin modificación alguna; dura ya más de una semana, sin haber cesado un solo momento, aunque con algunas brevísimas remisiones

IV

El diagnóstico se impone desde que se observa detenidamente el caso. Basta para ello tener en cuenta el precepto general indicado por Déjerine (1) al tratar de los trastornos respiratorios en la histeria: «lo capital—pues este hecho tiene una importancia de primer orden para el diagnóstico — es que todos los trastornos respiratorios de origen histérico cesan durante el sueño.»

La fisiopatología de la dísnea histérica es un punto obscuro y mal discutido. Soucques pretende que se debe á una parálisis del diafragma ó á un espasmo de la glotis ó de los

(1) Loc. cit.

bronquios; esta opinión es mencionada por varios autores, sin que ninguno la patrocine ni intente demostrarla; Déjerine afirma que carece de base demostrativa. Nosotros la consideramos simplemente absurda. Más lógica y discutible es la siguiente explicación de Sollier, encuadrada dentro de su teoría general sobre la naturaleza de la histeria. El bostezo, el asma y la dísnea, según Sollier (1), débense á que el enfermo no siente penetrar el aire en su pecho. Algunas veces le basta un esfuerzo para suplir esa aparente falta de respiración, entonces se produce el bostezo; otras veces la anestesia de las vías respiratorias se intensifica bruscamente, y tenemos el acceso de asma; en otros casos, por fin, es permanente, y tenemos entonces ladísnea. Pero al examinar las vías repiratorias de los grandes histéricos se constata, siempre, una disminución de la amplitud respiratoria. La curva puede ser casi rectilínea con ascensos muy ligeros; ó bien el trazado muestra una línea sacudida, tanto en la inspiración como en la expiración; también puede observarse dos ascensiones débiles allí donde solo debiera haber una fuerte, que se observa á veces. Por otra parte, con frecuencia, no siendo la anestesia de las vías respiratorias más marcada que la de todo el resto del organismo, el sujeto no siente malestar alguno, y es necesario buscarla para constatar su existencia.

Esta es una observación general—agrega Sollier—que tiene su importancia desde el

(2) L' Hysterie et son traitement, pág. 262.

punto de vista de la investigación de los trastornos latentes de la histeria, así como para dar la certidumbre de que ellos están curados; es decir, no debe olvidarse que las variaciones en la anestesia de los diversos órganos son las verdaderas causas productoras de los accidentes. Cuando la anestesia invade todo el organismo por igual, el sujeto se embota poco á poco, todas sus funciones se retardan al unísono, pero no hay grandes manifestaciones exteriorizables. Mas, por ser poco ruidosos ó por no llamar tanto la atención, esos casos no son menos serios; algunos revisten más gravedad que los casos de parálisis, contracturas, crisis de diversa naturaleza, etc.

Es evidente que la opinión de Sollier solo es admisible, en absoluto, si se acepta previamente su teoría sobre la histeria, todavía discutida y discutible.

V

En esta enferma, vista la inutilidad del inevitable bromuro de potasio, instituimos un doble ensayo de sugestión hipnótica y sugestión en vigilia, acompañada esta última por maniobras mecánicas coadyuvantes á la acción sugestiva.

La enferma durmió rápidamente, con sueño completo, desapareciendo en el acto la dísnea; su ritmo respiratorio se hizo regular, más profundo y descendió al número de 24 movimientos por minuto. Se le hicieron sugestiones verbales para que al despertar conservara ese mismo ritmo; pero al ser despertada la

dísnea reapareció súbitamente, sin haberse modificado en lo más mínimo por el sueño hipnótico. Ante ese contratiempo, y para no esperar hasta el día siguiente, en que se repitiría la hipnosis, usamos la sugestión en vigilia, acompañada de gimnasia respiratoria, teniendo en cuenta que, según Sollier, los ejercicios de respiración artificial ayudan mucho la vuelta de la sensibilidad del aparato respiratorio, y por lo tanto favorecen la desaparición de todos los accidentes debidos á la anestesia.

Después de severas indicaciones verbales, cuya síntesis era demostrar la inevitable suspensión de la dísnea mediante la respiración atificial, acostamos la enferma; procedimos á efectuarla, practicando 20 movimientos respiratorios por minuto.

Durante los primeros movimientos la dísnea persistió; pero antes de tres minutos su ritmo comenzó á retardarse progresivamente. No habían transcurrido cinco minutos cuando la respiración estaba completamente adaptada á los movimientos del operador. Continuamos pocos minutos más, insistiendo en las sugestiones orales relativas al éxito de la maniobra, comunicando por fin á la enferma que ya estaba curada y podía prescindir de nuestra cooperación mecánica. Pocos minutos duró el feliz resultado, pues de nuevo se aceleró el ritmo respiratorio. Fué preciso repetir las maniobras de respiración artificial, normalizar de nuevo su curso é insistir con más convincentes sugestiones verbales sobre el ánimo de la enferma. Al suspender la maniobra por segun-