rette (1), estas diferencias de coloración cutánea se observan en diversos individuos, nunca en uno mismo. Si el edema puede sufrir grandes fluctuaciones de intensidad, particularmente bajo la influencia del ataque, no es menos cierto que el mismo sujeto tendrá siempre su edema del mismo color: blanco, rojo ó azul. La diversa coloración en cada uno débese, probablemente, á distintas reacciones de los capilares cutáneos, aún bajo la influencia de causas y circunstancias semejantes.

Sydenham creía que el edema histérico se acentúa por la noche y declina por la mañana, al revés de lo que ocurre en los hidrópicos. Según Charcot y Gilles de la Tourette, es «una regla que sufre muchas excepciones»; nosotros no la creemos una regla, pues en la investigación de la bibliografía clínica nada encontramos que nos autorice á confirmar la opinión de Sydenham, contraria, por otra parte, á toda idea patogénica y etiológica.

Todos los autores reconocen que rara vez se observa el edema independientemente de fenómenos paralíticos, atrofias musculares, artralgias, etc.; generalmente el edema es un epifenómeno, acompaña al trastorno histérico principal. En el caso observado por nosotros no hay fenómenos paralíticos de ninguna clase, existiendo, en cambio, anestesias muy extensas y totales; una observación semejante, de edema sin parálisis, monosintomático, publicó Thibierge en 1892 (2).

(1) «Traité Clinique, etc». Vol. II, pág. 397.
(2) En el «Bull. de la Soc. Franç. de Dermatologie», pág. 135.

Generalmente el edema es extendido y difuso, tomando un miembro ó segmento de miembro; suele sobreponerse á la parálisis ó á la anestesia. En nuestra enferma se trata de un edema «en placas», cuya ubicación es irregular, no coincidiendo con fenómenos paralíticos y no sobreponiéndose á las anestesias.

Algunos autores señalan el carácter unilateral del edema histérico, circunstancia que no concuerda con nuestro caso. Según Gilles de la Tourette los paroxismos imprimen rumbos á la evolución de la enfermedad, influyendo sobre la intensidad del edema.

En casi todos los casos descritos, el edema histérico se localiza en los miembros, especialmente en las manos, (ver ilustraciones en Charcot, Richer, Roux, Gilles de la Tourette, Janet, Raymond, etc). La topografía del edema, en nuestra enferma, es de las más raras. La posición del cuerpo y la estación de pié no influyen sobre el sitio é intensidad.

III

El 15 de Julio de 1903 concurrió al consultorio externo del servicio de enfermedades nerviosas, por indicación del Dr. Manuel A. Santas, una niña de 14 años, bien constituida, aparentemente sana. Habíase presentado al consultorio de enfermedades de los niños, quejándose de hinchazones transitorias, irregularmente situadas, cuya causa no incumbía á las enfermedades orgánicas que suelen acompañarse de ese síntoma; sospechando se tratara de un edema

histérico, nuestro distinguido colega tuvo la gentileza de enviarnos la enferma.

Los antecedentes hereditarios son poco ilustrativos por la rama paterna; la joven no recuerda á su padre, pues falleció cuando ella tenía solamente dos años de edad. Su madre es histérica, tiene frecuentes crisis de pequeño ataque; vive desde hace varios años con un buen hombre, correcto marido y amable padrastro.

La enferma no ha tenido padecimientos dignos de mencionarse, hasta la pubertad. Cuatro meses antes de concurrir al hospital apareció su primera menstruación. Fué indolora, escasa y duró tres días. El segundo mes la enferma sintió extrañas sensaciones subjetivas, hormigueos en la piel, principalmente sobre el brazo izquierdo; refiere que se rascó mucho, hinchándosele el brazo de seguida. La enferma no atribuyó ninguna importancia á la hinchazón, desapareciendo ésta al día siguiente. El tercer mes nueva hinchazón, esta vez en la cara y sin que la enferma se hubiese rascado. Su madre vió, naturalmente, la hinchazón; imputó á las muelas el entuerto y envió su niña al consultorio de un dentista; éste declaró que la hinchazón no dependía de las muelas, indicándole consultara á un médico. No hubo tiempo para ello, pues la enferma, al día siguiente, amaneció curada.

En la duda, la púber concurrió al consultorio del Dr. Santas, en el hospital San Roque, narrando su curioso padecimiento; después de algunos días de observación pasó al consultorio de enfermedades nerviosas.

En suma, los antecedentes de esta enferma

nos revelan dos edemas transitorios, en placas, cuya aparición está ligada á fenómenos menstruales, circunstancia importantísima por ser las primeras reglas de la enferma. Ninguna emoción ó contrariedad influye en su determinación; no hay surmenage físico ó intelectual; no se acompaña de fenómenos paralíticos, de accesos convulsivos, ni de otros accidentes nerviosos perceptibles, salvo los hormigueos en la piel.

En rigor, estos últimos, provocando la excitación cutánea del rascarse, bien pudieron ser el punto inicial de una sugestión subconsciente, pues el primer edema apareció con tan infausto motivo.

Generalmente, el origen del edema histérico es menos tranquilo; muchas veces interviene un traumatismo físico brusco, otras basta una emoción intensa, especialmente si ella es de naturaleza hiposténica.

Las emociones depresivas pueden producir toda clase de trastornos sanguíneos periféricos; el retardo circulatorio progresivo y el descenso de la presión pueden provocar éxtasis periféricos, conjestiones pasivas, edemas, que se manifiestan más fácilmente si coexiste alguna alteración anatómica del corazón y de los vasos. En ciertos neurópatas é histéricos esas perturbaciones circulatorias no requieren lesiones orgánicas previas (1). Una mujer de treinta y dos años, observada por Pitres (2), sufría toda clase de perturbaciones histéricas después de

(1) Féré—«Pathologie des emotions», pág. 237.

(2) «Des troubles trophiques dans l'hysterie», en «Progrés Medical», 1891, pág. 145.

emociones intensas, y muchas veces aparecían edemas fugaces sobre su cuerpo, asociados á otros fenómenos mórbidos ó independientes de ellos.

Feré observa, con razón, que no debe sorprender el origen puramente emotivo de los edemas paralíticos observados en los histéricos. Recuerda el caso de Leloir (1): en una histérica se producía síncope local de los dedos bajo la influencia de escarificaciones cutáneas, durando un cuarto de hora después de efectuada la operación. En algunos melancólicos son frecuentes las perturbaciones tróficas consecutivas á los fenómenos de éxtasis; Ritti (2), estudiando la locura á doble forma, evidenció este hecho, más curioso todavía: los fenómenos de asfixia local de las extremidades, producidos durante los períodos deprimidos, desaparecen en los períodos remisivos ó de excitación. La influencia patológica de las emociones vivas sobre la circulación se manifiesta en ciertos casos suspendiendo bruscamente las hemorragias fisiológicas (3). La amenorrea suele ser consecuencia de emociones penosas, y esa retención puede causar graves afecciones pelvianas (Bernutz, Goupil). Otras veces el temor de un embarazo produce un retardo del flujo menstrual, por espacio de varios días ó semanas. Un vivo deseo de tener hijos, puede provocar esa misma retención (Raciborsky).

No puede, pues, sorprender la aparición de

(1) Citado por Levéque: «Dermatoses d'origine nerveuse», página 27.
(2) «De l'asphyxie locale des extrémités, etc.», en Ann. Med-Psychologiques, 1882, pág. 36.
(3) Feré.—Loc. cit.

un edema histérico á consecuencia de trastornos emotivos intensos.

Janet y Raymond (1) describen detenidamente un caso complicado de anestesias muy extensas y de parálisis, localizado en la mano, cuyo origen se remonta á una enfermedad infecciosa, susceptible de determinar en los centros cerebrales una alteración que se convierte en punto de partida de una histeria grave; los edemas, en su comienzo, se limitaron á las manos y las muñecas, y algunos cirujanos creyeron oportuno incidirlos, confundiéndolos con flemones periarticulares. Otras veces aparecía por causas fútiles, ligadas claramente á la sugestión; estando sentada junto á una ventana, una corriente de aire fresco rozó su mejilla, bastando esa excitación para provocar el edema. En otra circunstancia surgió después de una indigestión.

Los mismos autores describen otros dos casos dignos de mencionarse; la primera enferma es lavandera y está convencida de que cuando trabaja aparece el edema, desapareciendo si descansa; la otra tiene desde su infancia la mala costumbre de dormir con la cabeza apoyada sobre los brazos; principió por sentir hormigueos: fijando la atención sobre éstos aparecieron los edemas. El origen es semejante al de nuestra observación.

En algunos casos el edema precede, acompaña ó sigue á los ataques convulsivos; aparece ó desaparece bruscamente; en dos horas, el miembro antes indemne, mide 4 ó 5 centímetros más de circunferencia que el del lado opuesto. (2)

(1) «Nevroses et idées fixes», vol. II, pág. 510
(2) Gilles.—«Traité clinique, etc». pag. 401.

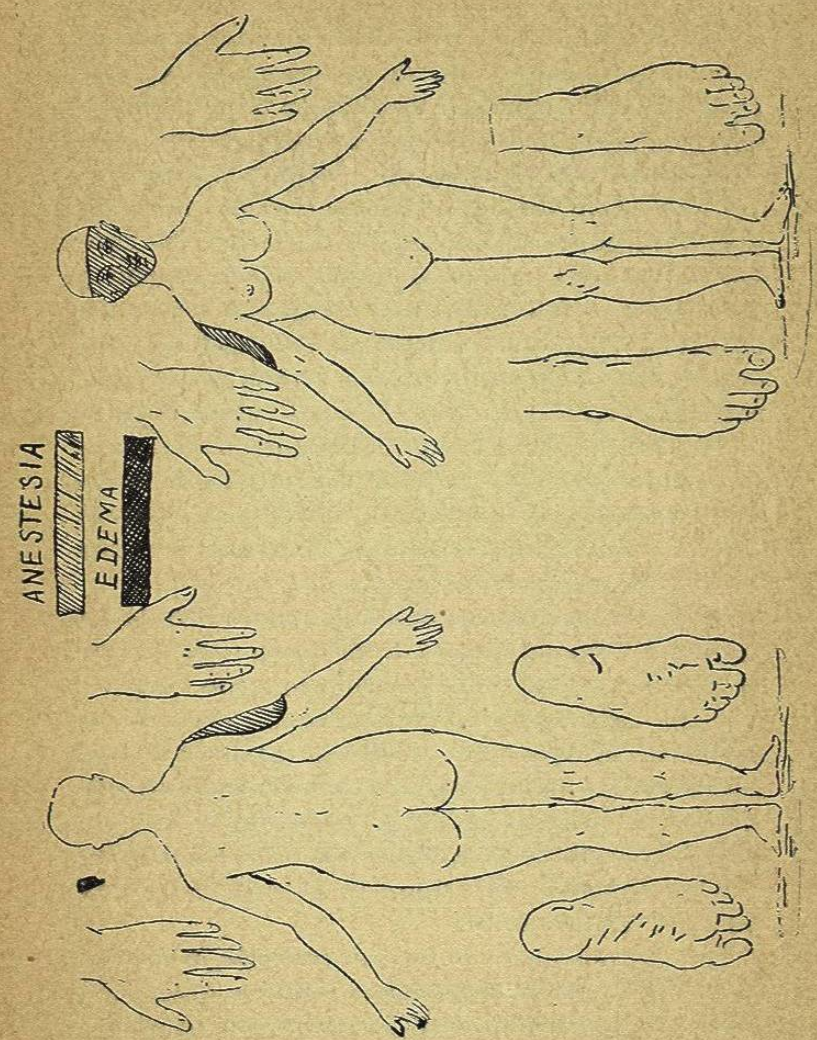

Fig. I

En definitiva, todas esas causas, físicas ó psíquicas, son simples factores ocasionales é indirectos, pudiendo variar hasta lo infinito, pues su eficacia morbígena depende, en primer término, de la predisposición del sujeto, de su estado de inminencia mórbida.

El examen de la enferma revela dos clases de perturbaciones cutáneas, coexistentes pero no subordinadas las unas á las otras: anestesias y edemas. Conviene seguir su evolución en los esquemas siguientes, dispuestos en órden cronológico, según los apuntes redactados por el médico agregado del servicio, Dr. Emilio Bondenari, y por el practicante Manuel Rodriguez.

15 de Julio.—Examinada la enferma, por primera vez, en el consultorio externo del Servicio, no presenta en ninguna parte del cuerpo edemas localizados. Tiene dos placas de anestesia cutánea; la primera abarca toda la cara y la segunda ocupa la región externa del antebrazo derecho. (Fig. I.)

Se indica á la enferma la conveniencia de concurrir al hospital cuando tenga el edema, para examinarlo *de visu*.

14 de Agosto.—El día anterior, á las 9 p.m., comenzó el edema, en el lado derecho de la cara. Se inició con escozor persistente y no fué acompañado por ningún fenómeno doloroso en esa región. Siguió en aumento hasta las 2 de la mañana, ocupando la mitad derecha de la cara. Desde esa hora permaneció estacionario, disminuyendo al amanecer.

La examinamos á las 11 a. m. Su cara está asimétrica y deforme, presentando una tumefacción voluminosa, á lo largo del maxilar in-

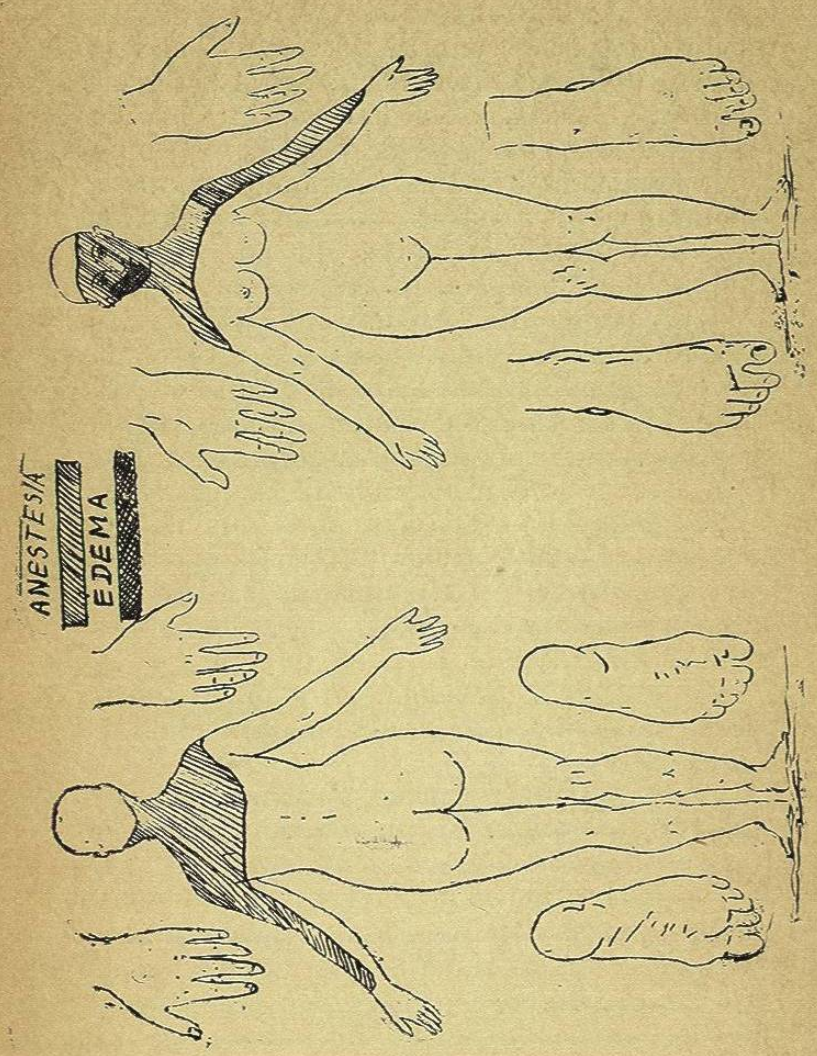

Fig. II

terior derecho. La piel está distendida, lustrosa, hay visible infiltración subcutánea, presentando el aspecto de un tumor del maxilar sin inflamación (Fig. II). La consistencia de los tejidos es muy grande y la presión digital no deja los rastros duraderos que se observan en el edema común. Los movimientos del maxilar se efectúan libremente. No hay neuritis ni neuralgia facial; reflejos maseterinos y pupilas normales. Ha tenido leve cefalalgia.

Ese edema coincide con una vasta zona de anestesia cutánea, extendida á la cara, el cuello y la parte externa del brazo y antebrazo izquierdos. Esta región abarca una de las placas anestésicas observadas anteriormente.

El edema curó en tres días.

24 de Agosto.—El día 22 apareció una placa edematosa sobre la región externa del antebrazo izquierdo (Fig. III), durando hasta el día 23 por la tarde. El día 24 no tiene edema, pero sí anestesia total del brazo izquierdo.

25 de Agosto. — Edema en el mismo brazo, desde las diez p. m. hasta la madrugada del día siguiente.

29 de Agosto. — Edema peribucal; aparece á las 10 p.m.; duerme tranquilamente y despierta sin edema á las 8 a. m. del día 30. (Fig. IV.)

Después de haber desaparecido el edema, la enferma presenta anestesia de la cara, cuello, todo el miembro superior izquierdo y región externa del brazo derecho.

4 de Septiembre.—El día 3, al anochecer, le apareció edema sobre la región maxilar inferior izquierda; durmió tranquila y despertó sana. Al examinarla, el día 4 á las 11 a. m., presenta

CAPILLA ALFONSINA

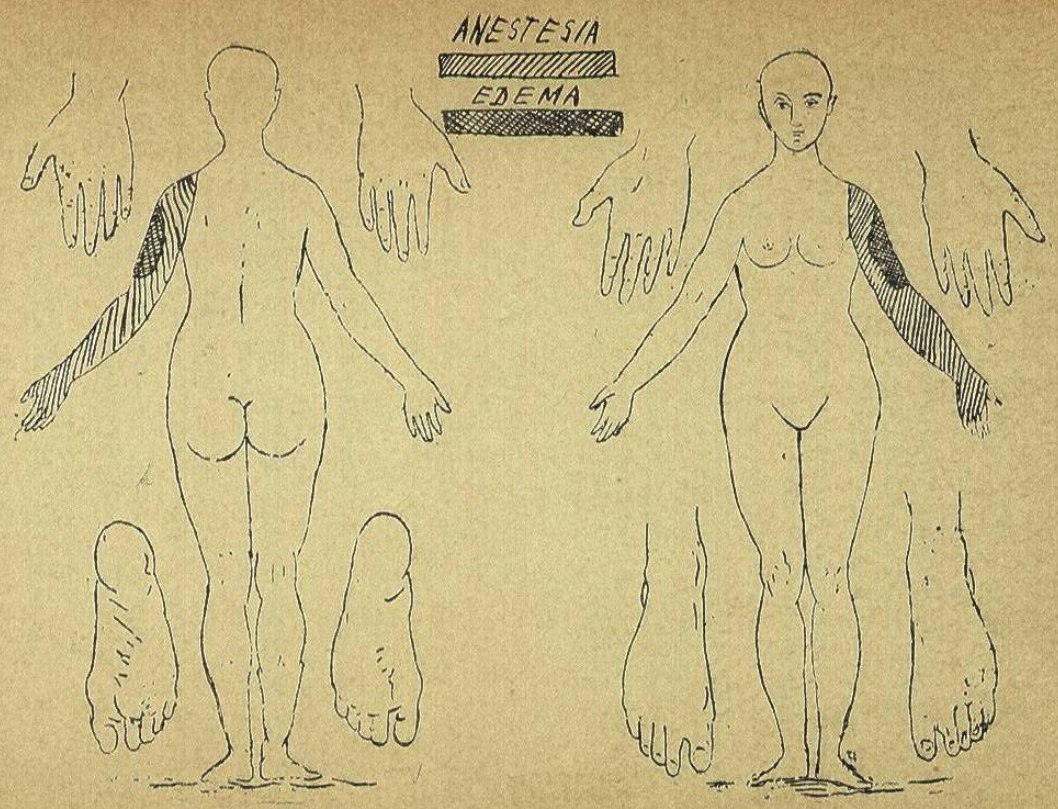

Fig. III

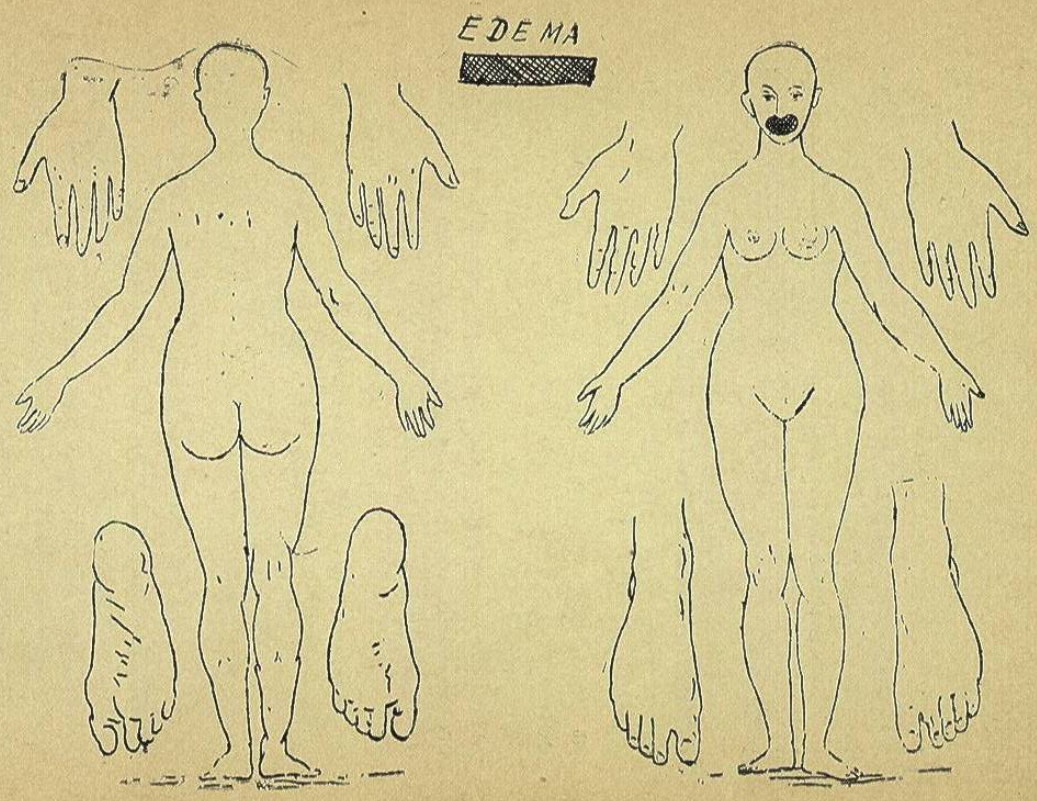

Fig. IV

anestesia cutánea de la cara y brazo izquierdo.

6 de Septiembre. — Aparecen dos placas de edema; la una sobre el arco inguinal izquierdo y la otra por debajo de la cresta ilíaca derecha (Fig V). Hay anestesia (en algunas partes simple hipoestesia) en la cabeza, miembros superiores, tórax y parte del abdomen.

Este edema aparece con periodicidad regular, todas las noches, desapareciendo por la mañana.

12 de Septiembre.—Sigue el edema con la misma localización; la placa infrailíaca tiene caracteres de mayor permanencia, durando hasta las tres de la tarde. Al mismo tiempo la enferma siente dolores locales punzantes, comparándolos con alfilerazos.

16 de Septiembre. — Desde el día 14 hasta la fecha no ha reaparecido el edema. Concurre al consultorio hasta Octubre; no se repite.

Ocho meses más tarde, en Mayo de 1904, hemos visto á la enferma, que se encuentra pupila en un colegio de religiosas. El edema no ha reaparecido una sola vez.

V

Gilles de la Tourette define con el nombre de «diátesis vasomotriz» la predisposición á las perturbaciones de carácter circulatorio y trófico, latente en muchos histéricos.

El primer grado de los trastornos vasomotores cutáneos comprende el dermografismo espontáneo ó provocado, asfixia local, sudores locales ó generalizados, urticaria; el segundo abarca los edemas, pémfigo, herpes, eczema;

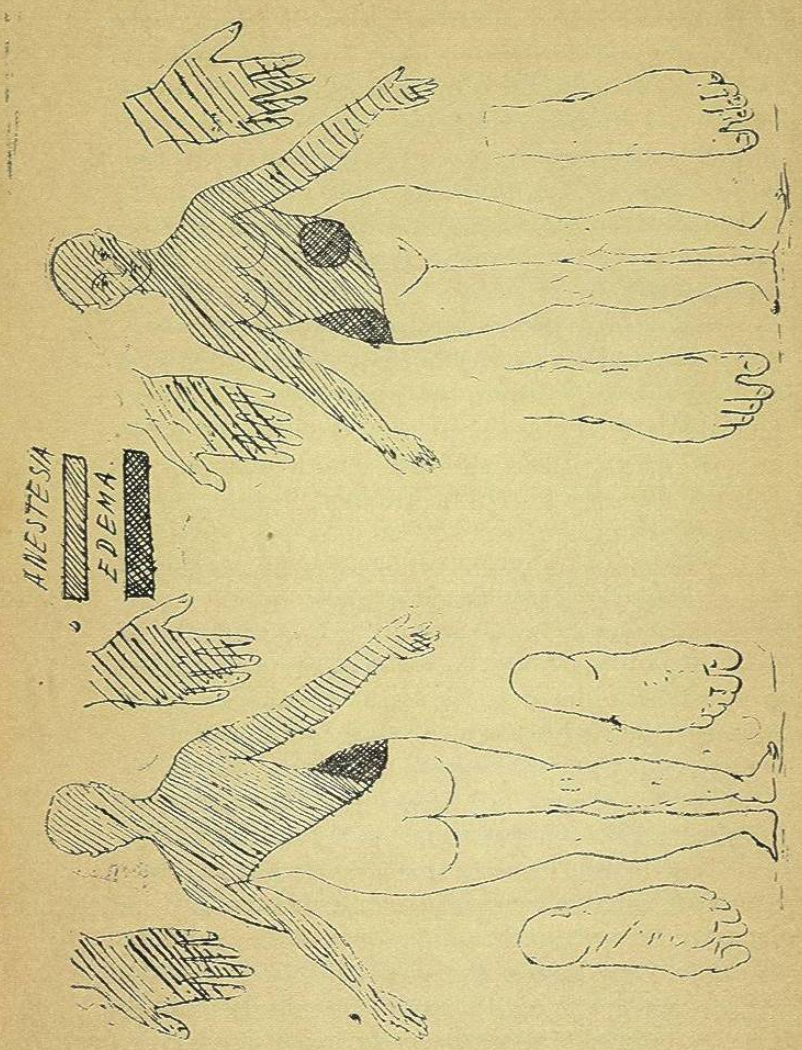

Fig. V