V

La escuela de Charcot nos ha legado una descripción típica del gran ataque histérico, principalmente en los dos libros clásicos de Richer (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 retroesternal, 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 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 hystérie*, parte II, vol. I.
(2) *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, cap. I.

d) Período de las actitudes pasionales: los enfermos continuaban 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

(1) *Maladies nerveuses*, parte I, cap. I, § III.

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 condiciones el diagnóstico de la enfermedad—á juzgar por los simples caracteres de sus ataques convulsivos—se prestaría á ciertas dudas clínicas. Desfilan sucesivamente, ante 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, la crisis de cada una conserva 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 (1), merece recordarse á este respecto. Una joven, epiléptica desde su infancia, contrae matrimonio á los diez y ocho 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.

(1) *Maladies du systéme nerveux,* vol. II.

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 mobilidad 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 epilepti-

(1) *Traité clinique,* etc.

formes. Por los simples datos clínicos quedaría una puerta abierta á la duda.

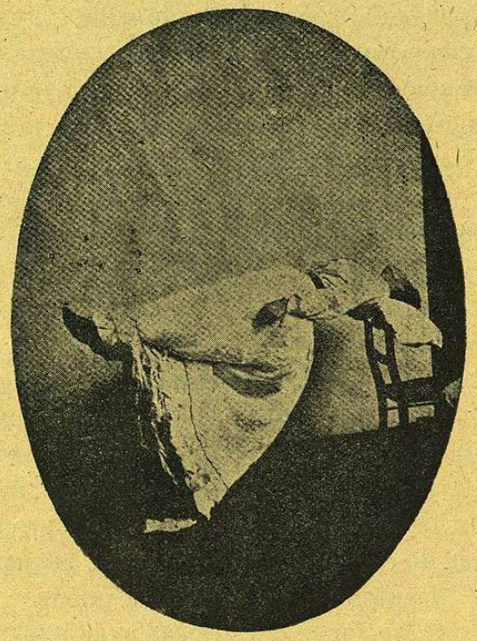
El diagnóstico de los accidentes histéricos posee un recurso poderoso en la sugestión hipnótica; ella permite una fácil experimentación clínica, que suele aclarar los últimos puntos obscuros.

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 se acentúa muchísimo durante el sueño hipnótico; basta poner los brazos bruscamente en



extensión, ó friccionarlos levemente, para que se produzca la contractura instántanea, 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, apoyando 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 sólo 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 origen 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. Á fuerza de buscar las zonas, se excitan 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 obra 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 compri-

mirle 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.ª El tratamiento de los accidentes visibles (convulsiones y anestesias), después de producidos. 2.ª El tratamiento general de la neurosis, ó profilaxia de los accidentes.

Para el tratamiento de los accidentes empleamos, primitivamente, bromuro de potasio, durante 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 hasto 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 sugirió 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 esto influyera sobre la evolución de la enfermedad. Se continuó el tratamiento sugestivo exclusivamente; los ataques habían desaparecido desde dos meses,