fué más profundo; pudimos observar un fenómeno que no hemos visto descrito en las monografías que se ocupan de hipnotización en los alcohólicos.

La enferma, al despertar, después de cinco minutos de sueño hipnótico, sufría una *pituita*, como suele ocurrir á los alcoholistas 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 bocanada de secreción acuosa, en cantidad de 40 gramos, que llegaba á la boca por regurgitación del estómago. Esa *pituita posthipnótica* 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 sindroma.—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 nombre 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. «Á 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 sólo difiere de la ataxia completa por conservarse la coordinación voluntaria, 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

(1) *Traité clinique*, etc., cit., pág. 465.

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

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

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; sólo se torna atáxico mientras está de pie ó camina; entonces las contracturas involuntarias perturban el equilibrio ó interrumpen la armonía del acto personal cuando la planta del sujeto toca el suelo, es decir, cuando las impresiones centrípetas resultantes del contacto 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 pie y la marcha; más tarde insistió Charcot en sus lecciones de 1883, recogidas 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 definiéndolos con el nombre de «ataxia motriz histérica». Esa publicación coincidió con las de Erlenmeyer y Romei (4), refiriéndose la primera á la forma que después se

(1) En *Medicina Contemporánea*, 1883, núm. 1.

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

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

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

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» (1).

En trabajos siguientes, Blocq (2) completó la descripción del sindroma, desde el doble punto de vista semeiológico y clínico, siendo estériles los esfuerzos de Duprat (3) para amenguar sus muchos merecimientos, no obstante escudarse tras la citada lección de Jaccoud.

La bibliografía argentina en el curso de estos veinte años es breve. Una observación del Dr. Estévez (4) 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 (1) presentó en la misma Sociedad Médica otro caso de astasia-abasia, acompañado por logoplegia. El Dr. Domingo V. Pomina (2) escribió su tesis sobre este sindroma, estudiándolo en nuestra clínica del Hospital San Roque, sobre la enferma de que pasamos á ocuparnos.

(1) «Sur une afecction caractérisée por de l'astasie et de l'abasie», *Archives de Nevrologie.*—1888.

(2) *Les troubles de la marche* y *Semeiologie et diagnostic du Systéme nerveux* (en colaboración con Onanoff).

(3) *Contribution á l'étude des troubles moteurs-psychiques, syndrome de Jaccoud* (*astasie-abasie*), Tesis de París.—1892.

(4) En *Rev. de la Soc. Médica Argentina.*—Buenos Aires, 1893.

El Dr. Henrique Roxo, del Río Janeiro (3), 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 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?

Creemos, fundadamente, que estos casos no son tan excepcionales: la astasia-abasia suele motivar errores de diagnóstico, evolucionando espontáneamente, sin necesidad de ser diagnosticada, y curando á pesar de los tratamientos instituídos con ese propósito. Este sindroma suele evolucionar encubierto por tres falsos diagnósticos: paraplegia histérica,

(1) Citado en la tesis de Pomina.

(2) *Astasia-abasia,* Tesis de 1903, Buenos Aires.

(3) *Brazil Médico,* 1903, Río Janeiro.

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 diez á los quince años; menos comúnmente de los veinte á los treinta. Después de esa edad excepcional, citándose 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 le 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 surmenaje 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, especialmenta 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, mayores que en la enferma; una es muy nerviosa y la llaman «la loquita».

Los antecedentes patológicos generales de la joven son complicados. Ha tenido sarampión, tifoidea, escarlatina, fiebre gástrica, difteria, etc. La escarlatina y la difteria produjéronse un año antes de su presente enfermedad; desde esa época quedó atontada. Á 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