Á 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 disnea 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 el Dr. Franklin Gilardi, quien diagnosticó desde el primer momento «disnea 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 Dr. Gilardi nos envió la enferma; la encontramos con los siguientes sintomas:

III

Estado general bueno. Enferma tranquila, acomodada á su trastorno, no obstante sufrirlo desde ocho á diez días. Caracteres morfológicos degenerativos 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, entrechez del campo visual, alucinaciones oníricas, anestesia mamaria con función histerógena, pero no inhibidora. La compresión de estas zonas provoca ataques convulsivos, que duran de cinco á diez minutos, durante los cuales se modifica la disnea; pero ésta vuelve al *statu 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 desabrochada 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 disnea 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 disnea cesa, mereciendo señalarse la transición brusca entre la disnea 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 disnea; 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 disnea 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 disnea 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 Dejerine (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 disnea histérica es un punto obscuro y mal discutido. Soucques pretende que

(1) Loc. cit.

se debe á una parálisis del diafragma ó á un espasmo de la glotis ó de los bronquios; esta opinión es mencionada por varios autores, sin que ninguno la patrocine ni intente demostrarla; Dejerine 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 disnea, 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, y 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 la disnea. Pero al examinar las vías respiratorias 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 pueden observarse dos ascensiones débiles allí donde sólo 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 punto de

(1) *L'Hystérie et son traitement*, pág. 262.