

de la enfermedad, sino tambien escitantes de los ataques. Por lo demás, carecemos de los elementos suficientes para determinar el grado de su accion.

*Imitacion.*—Resulta del exámen crítico que ha hecho Landouzy de los hechos citados en apoyo de esta causa, que su accion es por lo menos dudosa. Este autor atribuye su produccion en los casos en que se ha manifestado la enfermedad, al ver un ataque en otra persona, mas bien al terror experimentado por la paciente, que á una imitacion cuya influencia es bien difícil comprender; por consiguiente, esta causa se halla incluida entre las que acabo de indicar.

*Amenorrea y dismenorrea.*—La mayor parte de los autores han concedido á la supresion ó á la dificultad de la erupcion menstrual, suma influencia en la produccion del histérico. Dubois, de Amiens, ha combatido esta opinion, y ha criticado, bajo este punto de vista, las observaciones presentadas en su apoyo por los autores; pero no se debe deducir de los hechos poco decisivos que se han referido, la ineficacia de esta causa. En efecto, Landouzy ha citado un número considerable de casos en los que ha tenido el trastorno de la menstruacion una influencia evidente, y lo que prueba es, que así que la menstruacion ha vuelto á su estado normal, se ha visto por lo comun desaparecer el histérico.

No se puede decir otro tanto relativamente á la *menstruacion demasiado abundante* ó á la *menorragia*. Efectivamente, son muy raros los hechos en que se ha manifestado la accion de esta causa de una manera muy evidente.

La *menstruacion normal*, tiene una influencia marcada en la produccion del histérico, y principalmente en la aparicion de los ataques. En efecto, abundan los hechos en los que se manifiestan uno ó muchos ataques de histérico, ya en el curso, ya inmediatamente antes ó despues de la erupcion menstrual.

Respecto á la *leucorrea*, la *preñez*, el *parto* y la *lactancia*, que se han considerado como causas ocasionales poderosas, un exámen atento de los hechos demuestra, que por lo menos, se ha exagerado su importancia.

Se han citado tambien la *repercusion de los exantemas* y la *supresion de los flujos anormales*; mas resulta de las investigaciones de autores modernos, y en particular de las de Landouzy, que estas causas no tienen una accion verdadera.

*Alteraciones diversas del útero.*—En uno de los pasajes mas interesantes de su obra, Landouzy ha demostrado, que en el histérico son frecuentes las afecciones del útero, y que muchas veces se ha visto disipar la enfermedad al mismo tiempo que la afeccion uterina; ya volveré á tratar de este punto cuando hable de las lesiones anatómicas.

La influencia de las lesiones que tienen su sitio en otras partes

del cuerpo, y notablemente en el aparato cerebro espinal, es de mucha menor importancia.

## § II.—Síntomas.

Distinguiremos dos formas principales, que son la *forma convulsiva* y la *forma no convulsiva*; distincion que solo es necesario hacer para describir los accesos.

*Prodromos.*—Resulta de las últimas investigaciones, que hay constante ó casi constantemente prodromos en el histérico. De diez y nueve casos observados por Beau (1), no hay uno solo que no haya presentado prodromos evidentes, y Landouzy (2) divide con razon los prodromos en los que preceden á la invasion de los accesos y los que anteceden á los mismos accesos. Yo tambien seguiré esta division.

*Prodromos de la invasion de la enfermedad.*—«Como prodromos de la primera invasion del histérico se observan, dice Landouzy, modificaciones notables en el carácter habitual, una grande irritabilidad, una movilidad continua de espíritu y de carácter, impaciencia, calambres, inquietudes, hormigueos, principalmente en las estremidades inferiores; una necesidad continua de estenderse, estirarse, andar y cambiar de postura, ideas tristes, llanto y risas sin motivo; ensueños, sueños estravagantes ó espantosos, é insomnios; tan pronto escalofrios vagos, como un calor urente; con frecuencia un frío glacial en las manos; variaciones extremas en el apetito y en las digestiones; mas adelante palpitaciones del corazon y espasmos bajo las menores influencias; por último, una incomodidad al principio ligera, pero despues muy penosa en la garganta, una constriccion dolorosa en el epigastrio y en el pecho, y la sensacion de una bola que sube mas bien del pecho que del hipogastrio.

«Sin embargo, es bien difícil, en el caso que la crisis esté exenta de convulsiones, de pérdida de conocimiento ó de síncope, establecer límites exactos entre los fenómenos precursores y el paroxismo, pues los prodromos principales se continúan bajo la forma de síntomas.

«En otros casos existen entre los prodromos y los síntomas, propiamente dichos, un intervalo marcado, ó tales diferencias, que es imposible desconocer el momento en que empieza el paroxismo. En fin, otras veces los prodromos cesan sin ser seguidos de la crisis, ya á beneficio de los medios empleados; ó por el efecto de una emocion saludable ó de una poderosa distraccion.»

(1) Beau, *Recherches statistiques pour servir à l'histoire de l'épilepsie et de l'hysterie* (Arch. gén. de méd. Paris, 1836, 2.<sup>a</sup> série, t. XI, p. 328).

(2) Landouzy, *Loc. cit.*

«*Prodromos de los accesos.*—«Los prodromos de los accesos, añade Landouzy, son mas patentes y mejor determinados. En lugar de consistir principalmente en modificaciones del carácter, humor y apetito, como los prodromos de la primera invasion de la enfermedad, consisten en trastornos mas marcados. Los primeros son, por decirlo así, accidentes generales, y los segundos son mas bien accidentes particulares.

»Los prodromos de la primera invasion son lentos é insensibles, y los de los paroxismos, en general, son cortos y repentinos.

»Los primeros se confunden con frecuencia con el paroxismo, del que es muy difícil distinguirlos; los segundos son mas manifiestos, ya que anuncian un acceso lejano, ó ya que le anuncian de un modo próximo.

»Los mas frecuentes de estos prodromos son: cefalalgias, y principalmente la occipital, desvanecimientos, movimientos involuntarios de los globos oculares ó de los párpados, perturbacion de la vista, tristeza, palidez del rostro, pandiculaciones, bostezos, zumbidos de oídos, palabras incoherentes, gritos, risas y llanto sin motivo, eructos, perversion del apetito, palpitaciones, sudores repentinos, y con mas frecuencia escalofrios y un enfriamiento general ó parcial; por último, dolores variados ú hormigueo en los miembros, y algunas veces movimientos espasmódicos ó convulsivos. (Landouzy.)

»La emision de una orina clara y trasparente que marca con tanta frecuencia la terminacion de los accesos, se ha observado tambien como un prodromo constante en dos casos en que no pueden dejar duda alguna los términos de la descripcion.

»Siendo estos fenómenos precursores variables hasta el infinito, como todos los fenómenos nerviosos, se buscaria en vano una relacion exacta entre tal género de prodromos y cual forma de accesos; sin embargo, resulta de la observacion que los escalofrios, los bostezos y las palpitaciones, anuncian particularmente la forma no convulsiva, y sobre todo, el síncope, al paso que la perturbacion de la vista, la cefalalgia y los espasmos ligeros, preceden ordinariamente á los accesos convulsivos.» (Landouzy.)

La enfermedad empieza por un acceso, y por consiguiente, describiendo sucesivamente los síntomas que caracterizan los accesos en las dos formas que he admitido, daré á conocer el modo con que empieza la enfermedad.

*Forma convulsiva.*—El acceso empieza comunmente en esta forma por gritos, notable agitacion, sensacion de constriccion en el epigastrio ó en la garganta, á lo que se sigue la caída al suelo y despues las convulsiones.

Estas *convulsiones* son muy irregulares: efectivamente, se ve á los enfermos estender sus brazos á derecha é izquierda, agitar sus piernas, revolcarse en su cama, sentarse de repente en ella y echar-

se de pronto de espaldas. Estos movimientos son algunas veces tan estensos y tan violentos, que hay mucha dificultad para retener á los enfermos en la cama, y si no se tuviese cuidado, podrian herirse gravemente. Por momentos se agarran con fuerza á todo lo que les rodea, y aprietan con tanta energía que no se puede menos de conocer que su fuerza habitual se ha aumentado considerablemente. Si se tocan entonces los músculos convulsos, se los encuentra duros y prominentes. En algunos casos se los ha visto arrastrarse á lo largo de una sala; pero estos casos son muy raros y escepcionales, así como algunos otros en que se han observado convulsiones extravagantes, que no pueden considerarse sino como un objeto de curiosidad: tales son la corvadura del cuerpo en arco, la flexion de todos los miembros, las posiciones extraordinarias, etc., etc. Sin embargo, exceptuare *ciertos movimientos de la pelvis*, que al parecer indican deseos venéreos y que se han presentado como tales, aunque no se haya demostrado este hecho claramente. En estas violentas convulsiones se oyen chasquidos de las articulaciones, y con frecuencia la agitacion de los miembros y las contracciones rápidas del tronco, constituyen por sí solas este síntoma de la enfermedad; las otras formas de convulsiones solo son variedades y no de mucha importancia.

Mientras que los enfermos presentan estas contracciones violentas ó involuntarias de los músculos de la vida de relacion, se observa un síntoma muy importante que prueba que sucede otro tanto en los *músculos de la vida de nutricion*. Tal es la contraccion umbilical y epigástrica y la *sensacion de un cuerpo extraño*, de una bola que sube á lo largo del exófago hasta la garganta y que produce una sensacion de estrangulacion muy penosa. Todo el mundo conoce este importante síntoma, esta sensacion particular, á la que se ha dado el nombre de *globo histérico* ó *bola histérica*. Todos los enfermos á quienes ha preguntado Landouzy, le han manifestado que el globo *daba vueltas* en el abdomen y *subia* por el pecho. Los enfermos manifiestan este síntoma, aun cuando hayan perdido mas ó menos completamente el conocimiento, llevando vivamente la mano al epigastrio y á la garganta, y haciendo movimientos como para arrancar un cuerpo extraño que amenaza estrangularlos. Algunos se golpean fuertemente el pecho, le comprimen con fuerza, procuran arañarse, rasgan sus vestidos, y algunas veces se esfuerzan para morder, en una palabra, se entregan á violencias que es difícil concebir.

Las convulsiones se estienden ordinariamente á los *ojos*. Los párpados están habitualmente cerrados; algunas veces entreabiertos, pero casi siempre agitados de un estremecimiento continuo. El globo del ojo presenta movimientos mas ó menos rápidos. Los demás músculos de la cara están ordinariamente exentos de convulsiones; sin embargo, se han visto las mandíbulas casi tan apretadas como en el trismo, y contracciones rápidas que atraviesan las mejillas. Las

aberturas de la nariz están dilatadas, y la cabeza un poco doblada hacia atrás.

Durante las convulsiones está la *cara* casi siempre animada, caliente y vultuosa. En algunos enfermos solo presenta una rubicundez bastante viva en las mejillas, y en otros está, por el contrario, pálida y fría.

En los *órganos digestivos* hallamos accidentes que son evidentemente debidos á contracciones espasmódicas. Tales son: 1.º, la constricción exofágica y faríngea; 2.º, las contracciones epigástricas y los *vómitos* que se presentan en cierto número de casos, y que son probablemente debidos á la contracción violenta del estómago y del diafragma; este órgano y los intestinos, se llenan con frecuencia de gases, lo que es fácil conocer por la palpación y la percusión, y se ve á ciertos enfermos arrojar bruscamente estos gases por la boca ó por el ano; 3.º, en el abdomen se observan borborigmos y un ruido de tripas que no se puede atribuir sino á las contracciones espasmódicas de los intestinos, que hacen circular rápidamente los gases y líquidos de una parte á otra. Si se examina entonces el vientre, se encuentran con frecuencia en su superficie *abolladuras* que cambian de lugar, y que son debidas á las contracciones de que acabo de hablar; y á veces hay una verdadera *timpanitis*, que puede llegar hasta tal punto, que el cuerpo flote en un baño (Brodie); 4.º, por último, habiendo tratado algunos observadores de introducir el dedo en el recto, hallaron que los esfínteres estaban en un estado de constricción marcada, y otros han observado casos en los que era tan fuerte esta constricción, que no se podían administrar lavativas. Por otra parte, la convulsión se estiende á la faringe, de donde resulta mayor ó menor dificultad en la deglución, y como se observa algunas veces, un tialismo continuo, se ha podido creer en algunas ocasiones que existía una *hidrofobia*.

La *respiración* es siempre laboriosa, anhelante, sumamente acelerada, suspirosa é incompleta; otras veces, por el contrario, es lenta, y cada inspiración es prolongada y profunda, como si la enferma hubiese estado privada de aire durante mucho tiempo; por último, en los accesos mas violentos se la ha encontrado ruidosa y estertorosa. En algunas enfermas se observa una tos molesta y seca; pero los casos de este género son raros. La sensación de sufocación de que he hablado anteriormente, es un fenómeno constante.

La *voz*, en los accesos muy intensos, es las mas veces ronca, y la palabra interrumpida; las enfermas dan gritos desgarradores ó imitan á los de ciertos animales. En efecto, se han citado casos de *ladridos histéricos* bien conocidos de todos.

La *circulación* no presenta algunas veces otro fenómeno extraordinario que la *lentitud del pulso*, que contrasta con los violentos síntomas que se acaba de indicar. En algunos casos el pulso es pequeño y acelerado, y en otros irregular y aun intermitente; los *la-*

*tidos del corazón* son habitualmente sordos y profundos, y en algunos casos se han observado *palpitaciones* y latidos tumultuosos del corazón; en estos casos es cuando el pulso es acelerado é irregular. Se han citado algunos *ruidos anormales* del corazón y de los vasos como pertenecientes al histérico; pero la observación nos enseña que se deben atribuir al estado anémico en que se encuentran cierto número de enfermas.

El *síncope* es un fenómeno que se observa con bastante frecuencia en el histérico. Unas veces el síncope solo dura algunos minutos, pero otras se prolonga durante muchas horas y aun muchos dias, y entonces es necesariamente incompleto. En estos últimos casos hay *muerte aparente*, y ha sucedido que se han enterrado ó que se ha estado á punto de sepultar á las enfermas que se hallaban en este estado (1). El síncope puede terminar por la muerte.

Estos síntomas son los sollozos, los suspiros, los gemidos, la *risa convulsiva*, y aun algunas veces el estornudo.

En cierto número de enfermas no hay *pérdida de conocimiento*, y hasta las hay que pueden responder espontáneamente á las preguntas que se las hace. Pero las mas veces si el acceso tiene alguna intensidad, aunque las enfermas conserven su conocimiento, por mas que sientan todo lo que pasa en torno suyo y oigan lo que se dice, no pueden hablar ni hacer comprender lo que desean: Georget ha observado que en estos casos las convulsiones son, por lo comun, menos violentas que en aquellos de que voy á hablar, y en los que se observa la pérdida del conocimiento.

Esta *pérdida del conocimiento* es completa ó incompleta; en el primer caso las enfermas han perdido enteramente despues del ataque la memoria de todo lo que ha pasado desde el momento en que cayeron. Entonces es especialmente cuando se observa la hinchazón, la tinta lívida de la cara, la espuma en la boca, el rechinar de dientes y un grado mas ó menos marcado de insensibilidad. A los casos de esta especie es á los que se ha dado el nombre de *histero-epilepsia* (2), á pesar de que, como hace notar Landouzy, no hay, propiamente hablando, ningun síntoma de epilepsia. En otros casos las enfermas no tienen mas que un recuerdo vago de lo que ha sucedido; pero si durante el ataque se ha llamado fuertemente su atención, se ha podido hacerles volver momentáneamente en su completo conocimiento. Pero lo que mas importa notar en este síntoma, es que no sobreviene sino despues que dura cierto tiempo el ataque, y que jamás se manifiesta en el principio como sucede en la epilepsia. Landouzy ha insistido, y con razon, sobre este importante caracter.

Tambien se ha observado durante los ataques de histérico un *de-*

(1) Bouchut, *Des signes de la mort*. París, 1849.

(2) Beau, *Recherches statistiques pour servir à l'histoire de l'épilepsie et de l'hystérie*.

*lirio* alegre ó furioso; se han visto enfermas sumergidas en un profundo *éxtasis*; se han citado casos de *sonambulismo* (1), y otros en los que las pacientes mejor educadas no podían menos de pronunciar las palabras mas obscenas y proferir los juramentos mas groseros.

Aquí podría hablar de la parálisis, de la rigidez tetánica y de la retención de la orina; pero como estos síntomas persisten en general despues de los ataques, ya me ocuparé de ellos mas adelante.

Si bien, como acabo de decir, hay casos en que las enfermas presentan un grado mas ó menos marcado de insensibilidad á los escitantes interiores, es bastante comun notarse la existencia de *sensaciones dolorosas*, de las cuales algunas veces conservan recuerdos, aun cuando parecia que habian perdido completamente el conocimiento. Estas sensaciones consisten en vivas punzadas en diversos sitios, en dislaceraciones, en torceduras; en una palabra, en una gran variedad de dolores espontáneos.

Algunos dicen que han experimentado diversos trastornos de los *sentidos*, tales como zumbidos, silbidos de oido y ofuscamiento de la vista; pero cuando las enfermas conservan su conocimiento, no están abolidos el oido ni la vista, solo si es preciso advertir, respecto de esta última, como he dicho anteriormente, que la constricción de los párpados se opone á la vision.

*Forma no convulsiva.* — Los accesos no convulsivos existen evidentemente en el histérico, y aun son muy frecuentes; no se comprende cómo algunos autores, y particularmente Georget, han podido considerar á la convulsion como el síntoma esencial y necesario de esta enfermedad. Efectivamente, los prácticos pueden observar todos los dias semejantes accesos, cuyos fenómenos se encuentran todos en el ataque convulsivo, y por lo tanto, me bastará recordarlos aquí.

Aunque con frecuencia se note esta sensacion de una bola que sube del bajo vientre al epigastrio y al cuello, en donde produce una sensacion de estrangulacion y de sufocacion (*bolo histérico*), no por eso se dejan de observar, en bastante número de casos, sensaciones diferentes, tales como la de quemadura, el frio glacial, los estremecimientos y los retorcimientos que ocupan los mismos puntos y causan una viva angustia á la enferma.

Las *vias digestivas* presentan síntomas análogos á los que se han indicado en los ataques convulsivos (dificultad en la deglucion, vómitos, borborigmos, cólicos, meteorismo, etc.)

Tambien se notan llamaradas al rostro, la *cefalalgia* particular de las histéricas (clavo histérico), y los trastornos de las diversas funciones, tales como las he indicado mas arriba (palpitaciones, lentitud del pulso, dificultad de respirar, zumbidos de oidos, etc). En

(1) E. Mesmet. *Etudes sur le somnambulisme envisagé au point de vue pathologique* (Archives de médecine, 1860, 5.<sup>a</sup> série, t. XV, p. 147).

algunos casos se observan igualmente *calambres*, y este fenómeno asemeja, hasta cierto punto, el acceso no convulsivo al acceso convulsivo.

Los accesos no convulsivos toman frecuentemente los caracteres que acabo de esponer; pero por una parte hay casos en los que vienen á agregarse otros muchos síntomas importantes, y por otra hay que, por el contrario, no presentan sino un cortísimo número de estos caracteres.

«En esta forma no convulsiva pueden sobrevenir, dice (1), la *pérdida* completa ó incompleta del *conocimiento*, el *éxtasis*, el *sonambulismo*, las *ideas delirantes*, el *sincope*, y en fin, todos los demás accidentes que hemos estudiado mas adelante (al hablar de los ataques convulsivos, cuya descripcion he hecho ya), á escepcion de las convulsiones.

»Reducida, por el contrario, á su menor grado de intensidad, la forma no convulsiva consiste únicamente en un simple paroxismo muy largo ó muy corto, constituido no mas que por la sensacion mas ó menos penosa de la bola histérica, con llamaradas á la cara, llanto, abatimiento, etc.» (Landouzy.)

*Terminacion de los ataques.* — No es muy raro ver que la forma convulsiva sucede á la que no es, y entonces, despues de durar mas ó menos el estado que se acaba de describir, se ve á las enfermas agitadas por los diversos movimientos involuntarios que hemos indicado mas arriba. Pero de cualquier naturaleza que sea el acceso, que haya habido ó no convulsiones, que haya habido ó no pérdida del conocimiento, se ve en muchísimos casos que aparecen fenómenos que anuncian la terminacion del ataque, tales como gritos, quejidos, gemidos, suspiros, carcajadas, y particularmente *llantos* que se presentan en la mayor parte de los casos.

Otro fenómeno que importa notar entre los que anuncian la terminacion del acceso, es la escrecion de una *orina sin color y diáfana*, semejante al agua, y tambien en algunos casos, como resulta de los hechos reunidos por Landouzy, *una escrecion uterina ó vaginal* mas abundante que de costumbre.

*Estado de las enfermas inmediatamente despues del ataque.* — Durante un tiempo mas ó menos largo despues del acceso, las enfermas están en un estado de abatimiento tanto mas considerable, cuanto mas violentos han sido los fenómenos. Esperimentan un notable quebrantamiento de los miembros, y muchas veces, aunque no hayan tenido verdaderas convulsiones. Su carácter continúa irritable, sus sentidos están exaltados; tienen, sobre todo, gran finura de oido, y les incomoda el ruido mas ligero.

La *cefalalgia* persiste ordinariamente con la forma que tenía durante el ataque (clavo histérico); la *inteligencia* permanece mas ó

(1) Landouzy, *Hystérie*, p. 27.