

dad puede durar muchos años; se han visto enfermos sujetos á los accesos de catalepsia durante cinco y aun ocho años (Sauvages). En cuanto al número de los accesos, se citan enfermos que han tenido uno al día durante dos años (Baron). Una enferma observada por Puel tuvo mil doscientos accesos desde Octubre de 1852, hasta Febrero de 1855. Lo mas general es que los accesos no sean tan frecuentes.

Duración de los accesos.—Los accesos pueden no durar mas que uno ó dos minutos, y pueden durar muchos meses. El enfermo citado por Sarlandiere tuvo dos accesos; el uno de dos, y el otro de cuatro meses: no es raro ver prolongarse durante muchos días un acceso de catalepsia.

Terminación.—Cuando la catalepsia es esencial, termina comunemente por la curación. Sin embargo, existen muchos ejemplos de catalepsia que dán lugar ya á la manía, parálisis, epilepsia, etc.

§ V.—Lesiones anatómicas.

No se conocen lesiones anatómicas propias de la catalepsia.

§ VI.—Diagnóstico.

El principal elemento del diagnóstico es la abolición de los movimientos voluntarios y la inmovilidad tetánica de los miembros y del tronco en la postura que una mano estraña les impone. Esta enfermedad en ningun caso podrá confundirse con las enfermedades convulsivas como el histérico y la epilepsia, porque la inmovilidad es el carácter de la una, y la agitacion el de las otras. Tampoco puede confundirse con el tétanos, porque en esta última enfermedad hay contractura sin que sea posible mudar de postura los miembros é inmovilizarlos en una actitud cualquiera, y que por otra parte no hay en el tétanos abolición de las funciones de los sentidos con ausencia de trastornos de la circulacion. Mas adelante diremos en qué se diferencia esta enfermedad del éxtasis y del sonambulismo.

§ VII.—Tratamiento.

No hay un solo remedio que no se haya ensayado para combatir la catalepsia. La falta de método ha engendrado aquí, como en casi todas las neurosis, el empirismo y el abuso de medicaciones muy peligrosas. El método mas antiguo y racional es el de las fricciones, para vencer la rigidez de las articulaciones. Estas fricciones se hacen en seco ó con linimentos irritantes ó antiespasmódicos. Se han aconsejado igualmente los baños tibios y frios, las afusiones frias, los

baños de mar, los baños alcalinos, los vomitivos, los purgantes administrados cuando existe un embarazo gastro-intestinal. Las emisiones sanguíneas no parece hayan producido buenos resultados. En cuanto á los antiespasmódicos, los que mas se han empleado son el alcanfor, la asa fétida y el valerianato de zinc. Los narcóticos tampoco han producido curaciones. Se han empleado con buen éxito los emenagogos en los casos de catalepsia complicada de histérico con dismenorrea. Han sido aplicados todos los revulsivos, y con ellos se han obtenido algunas veces buenos resultados. En los casos de periodicidad de los accesos, están indicadas las preparaciones de quina.

Puel indica la posibilidad de que cese la contraccion muscular en un miembro, y parcialmente, por decirlo así, en cada músculo, con la ayuda de fricciones y de *masages* (sobadura). Es preciso no olvidar que si el acceso se prolonga, llegan los enfermos á la inanición, y que en este caso es indispensable el alimento artificial.

B. *Éxtasis.*—Confundido por mucho tiempo con la catalepsia, el éxtasis ha sido en estos últimos años objeto de importantes trabajos. Citaremos mas particularmente los de Bertrand (1), Bourdin, Favrot (2), Sandras (3), Briquet (4), etc. Todos ellos han descrito los caracteres de este estado, acordes en definir la exaltacion de las facultades morales y afectivas, con una concentracion profunda de la inteligencia sobre una idea esclusiva. Es, pues, segun los mismos, no tan solo el arrobamiento místico del que Santa Teresa ha dado una descripcion que se ha hecho célebre, sino además un fenómeno morboso que se produce en circunstancias determinadas, y parece acompañado de accidentes histéricos, de los que es una de las formas mas curiosas.

Calmeil admitia dos formas de éxtasis: 1.^a, el *éxtasis puramente místico*; 2.^o, el *éxtasis cataleptico*. Favrot propone se añada una tercera, el *éxtasis con sonambulismo ó éxtasis profético*.

No debe entrar en el plan de esta obra presentar una vez mas el cuadro de epidemias de poseidos, ni tampoco citar el caso de las religiosas de Loudun, de Urbano-Grandier, de los inspirados de los Cevennes, y de lo que en nuestros días ha pasado en Morzine. Bástenos saber que el éxtasis, tal como nosotros le comprendemos, se presenta bajo la forma de verdaderos accesos; su punto de partida nos parece ser casi siempre una alucinacion de la vista; algunas veces, pero menos frecuentemente, del oido. El extático, con los ojos fijos sobre un punto, sigue con una concentracion profunda las imágenes que se desarrollan ante él. Tiende los brazos hácia adelante,

(1) Bertrand, *Encyclopédie progressive*, 1826.

(2) Alexis Favrot, thèse citée.

(3) Sandras, *Traité des maladies nerveuses*.

(4) Briquet, *De l'hystérie*.

y parece querer atraerse objetos que le huyen; su fisonomía está á veces inmóvil, otras, por el contrario, refleja su pensamiento. Los párpados están tan pronto fijos, tan pronto agitados por un rápido movimiento fibrilar. Si se quiere dar á los miembros una actitud diferente de la que han tomado, la conservan por un instante, pero no de una manera definitiva como sucede en la catalepsia. Esta disposición explica la confusión que hace mucho tiempo existía entre estos dos estados; pero al investigar este fenómeno, se nota que esta indiferencia muscular, no es mas que el efecto del encadenamiento de la voluntad, y que la actitud primitiva en relacion con la idea dominante, no tarda en reaparecer.

La sensibilidad general está abolida, aunque algunos sentidos pueden conservarla, como el oído entre otros; pero, por lo general, es imposible hacer penetrar ninguna impresión mientras la duración del éxtasis.

La exaltación intelectual llega á su mayor grado; se revela el entusiasmo profético, y bajo esta influencia tienen los individuos de poca instrucción una notable elocuencia, y una amplitud de conocimientos y de ideas asombrosas. Tenemos la observación de una joven, en la que la memoria era prodigiosa durante el acceso, y cuando este terminó, no conservó recuerdo ninguno de todo lo que había hablado.

Se concibe muy bien cuán fácil es el explotar semejantes disposiciones morbosas; en el día no tenemos necesidad de hacer intervenir las potencias ocultas para explicar la producción de estos trastornos. La interpretación es muy sencilla; son accidentes nerviosos y nada mas, cuyo desarrollo, curso y terminación, tienen con la histeria una estrecha conexión.

Los accesos de éxtasis tienen una duración variable, desde algunos minutos á algunas horas. Los hemos visto cesar por una crisis de lloro ó por el sonambulismo completo; al despertar no recordaba nada de lo que había pasado.

El tratamiento debe ser profiláctico y curativo. No insistiremos mas, y no hay ninguna indicación que no haya sido ya prevista para la histeria.

C. *Sonambulismo*.—Es el estado de un individuo que ejecuta durante un sueño normal, actos que habitualmente no se verifican mas que cuando se está despierto (Rostan).

Distinguiremos dos especies de sonambulismo, ó mas bien dos grados: el primero, que podríamos llamar sonambulismo verdadero, sobreviene en plena salud, encerrándose en una serie de actos, que por ser extraordinarios, tienen una estrecha relación con los de la vida habitual, produciéndose en el sueño normal; el segundo, que es un hecho patológico como lo ha demostrado Mesnet (1) en una

(1) Mesnet, *Arch. gén. de méd.*, Febrero de 1860.

observación muy curiosa, acompañada de juiciosas reflexiones. El sonambulismo en este caso con sus retornos periódicos, y una serie de actos delirantes, es un fenómeno morbozo de la misma naturaleza de la catalepsia y el éxtasis, á las que por otra parte está asociado.

El número de observaciones publicadas sobre este objeto es numeroso; pero entre ellas hay pocas que presenten otra cosa que curiosos detalles. Gr. Horn (1), Hoffmann (2) y Theisner (3), fueron los primeros que sostuvieron que el sonambulismo era un estado morbozo. J. Frank admite esta opinión, y describe el sonambulismo y la somnación. Esta última forma es para él el estado patológico, sea que sobrevenga espontáneamente en medio de accidentes histéricos, sea que haya sido provocado por maniobras como las del magnetismo. Para nosotros, fuera del sonambulismo verdadero que se observa en muchos sujetos en el estado habitual, no reconocemos mas que una sola especie de sonambulismo patológico, y conformes con Briquet, Sandras y Mesnet, le aplicamos á los accidentes histéricos; por lo tanto, no nos ocuparemos mas que de esta forma.

Está caracterizada por ataques periódicos bastante separados con intermitencias regulares. La invasión es variable; algunas veces se establece sin prodromos, con la prontitud de un ataque convulsivo de histeria; otras está precedido de un ataque cataléptico, y es imposible establecer la transición entre las dos fases; otras parece tambien ser precedido de un sueño tranquilo. Cualquiera que sea la manera de establecerse, el sonambulismo patológico presenta hechos curiosos que observar. Si es periódico, no es raro el probar una relación directa entre los dos accesos, de suerte que actos preparados en un acceso anterior, se verifican en el presente; de todo lo que se ha ocupado estando despierto, es extraño en el estado de sonambulismo; el recuerdo de estas determinaciones que reaparecen en los accesos, está completamente borrado durante la vida normal. Esta anomalía, no solamente existe para los hechos intelectuales, pero la hemos visto producirse para los hechos de la vida de relación. La observación de Mesnet, bajo este punto de vista, es muy precisa: en ella se trata de una mujer histérica que durante un acceso de sonambulismo trató de suicidarse; sorprendida antes de llevar á cabo su propósito por la terminación del acceso, olvidó durante el día todo lo que había hecho; á la noche siguiente continuó sus preparativos como si no hubiera sido interrumpida, y empezó á ejecutar su proyecto. Esta enferma estaba parapléjica por el día, y recobraba durante el acceso toda la libertad de sus movimientos.

Creemos que los sentidos entran en ejercicio, pero de una mane-

(1) Grég. Horn, *Dissertatio de noctambulis*. Nurembergæ, 1660.

(2) Hoffmann, *Diss. de sonnambulicis*. Helæ, 1695.

(3) Theisner, *Diss. de ambulacione in somno*. Iéna, 1671.

ra muy ilimitada y solamente en la esfera de la idea dominante; en el caso que citamos se conservaba la vision, la enferma se ocupaba con facilidad en los trabajos de aguja, aun con poca luz, pero no podia bordar si se interponia una pantalla entre sus ojos y la labor. La fisonomia no tiene expresion; los ojos muy abiertos y las pupilas insensibles á la luz; el pulso tranquilo, normal, con un ritmo poco frecuente; el conjunto de este estado varia, no obstante, segun la naturaleza de la idea dominante. En efecto, no es raro presentarse escitacion, locuacidad, y en tal caso un desarrollo desusado de la memoria y de la imaginacion. Al despertar, que tan pronto es brusco como se anuncia por la repeticion de los accesos histéricos ó catalepticos, es completo el olvido; Mesnet y Maury (1) han insistido sobre este hecho que es importante. Lelut sostiene que este hecho no es constante, pero esta opinion es discutible; tiene contra sí la mayor parte de los observadores. Maury y Tandel (de Bruselas) han dado de estos fenómenos una explicacion satisfactoria: suponen que «la concentracion ha sido tan viva, tan profunda la absorcion del pensamiento, que las partes del cerebro que han servido para este acto de contemplacion y pensamiento, han quedado agotadas, y pasado el acceso, en vez de continuar obrando, se quedan debilitadas é impotentes. El sonámbulo olvida sus actos, precisamente porque la intensidad de la accion mental ha sido llevada á sus últimos límites; el espíritu se agota en este comercio consigo mismo (2).»

Al estudio del sonambulismo se refiere una observacion de gran importancia, y que no podemos por menos de citar. Hemos dicho que en este estado podian realizarse actos premeditados que á veces presentaban de uno á otro acceso un encadenamiento lógico. En lo que á nosotros se refiere, hemos visto un sonámbulo preparar un suicidio, que sin nuestra intervencion hubiera tenido mal desenlace, pues la libertad moral estaba tan comprometida como en la enagenacion mental. El individuo es, pues, irresponsable; lo que importa es asegurarse con evidencia de su estado, y para llegar á una conviccion absoluta y emitirla en un caso de asesinato, incendio, etc., es menester valerse de todas las precauciones que puedan descubrir la astucia ó la ficcion.

Nuestra opinion acerca del sonambulismo, la colocacion que le damos entre las neurosis, hacen preveer que del mismo modo que para la catalepsia y el éxtasis, el tratamiento no tendrá nada de particular. La determinacion precisa de la causa, las relaciones mas ó menos íntimas que unan los accesos á los accesos histéricos, servirán para deducir las indicaciones terapéuticas. No hay, á decir verdad, ningun medicamento especial para este estado. Se deberán usar los modificadores generales, y en lo que hemos dicho acerca del tra-

(1) Maury, *Le sommeil et les rêves*, Paris, 2.^a édit., 1862.

(2) *Idem*, p. 189 et suiv.

tamiento del histérico, sabrá encontrar el médico lo que pueda intentar con verdadera utilidad.

ARTÍCULO VI.

MUDEZ ACCIDENTAL.

En el artículo *afonia* he dicho que era necesario distinguir de esta afeccion, que consiste en la pérdida de la voz sin pérdida de la palabra, la mudez accidental, en la cual los enfermos no pueden hablar una sola palabra. Esta última enfermedad es mucho mas rara que la afonia. (Véase tomo II, art. AFONIA.)

La *causa* mas frecuente de la mudez accidental es una emocion viva, despues siguen los ataques de histérico que producen aun con mucha mas frecuencia la afonia; despues encontramos la existencia de *lombrices* en el conducto intestinal, señalada por Schroeter y otros muchos autores. En un caso referido por Richter de Wissbaden, se presentó la afonia todos los dias á la misma hora, como una fiebre intermitente; y Egerdes (1) ha referido la historia singular de una mudez *epidémica* en los militares de una guarnicion. La afeccion les atacaba en las circunstancias mas variadas y sin causa apreciable.

No hablo aquí de la mudez causada por la destruccion de los nervios recurrentes ó por un ataque de apoplejía, y que no es entonces mas que un síntoma. Igualmente pasará en silencio la mudez causada por los diversos envenenamientos, porque deberé ocuparme de ella mas adelante. (Véase tomo V.)

Cuando la mudez es esencialmente nerviosa, constituye el único síntoma de la afeccion.

Muchas veces dura esta afeccion algunos dias, despues desaparece repentinamente para volver á aparecer mas tarde y así en lo sucesivo; pero termina por la curacion.

Nada sería mas fácil que el *diagnóstico*, si no fuese de temer que esta afeccion era simulada. Tratando de sorprender á los enfermos y observándolos á todos los instantes, se descubre la simulacion. Con lo dicho basta sobre este diagnóstico que interesa á los médicos encargados de examinar á los reclutas, mas bien que á los prácticos comunes.

El *tratamiento* de esta enfermedad es poco exacto porque no tenemos noticia sino de algunos casos raros. En la epidemia citada por Egerdes, el *tártaro estibiado á dosis emética*, el *sucino* y el *amoníaco* procuraron la curacion.

En los casos en que se ha sospechado la existencia de lombrices

(1) *Acta naturæ curiosorum* ann IV, dec. 3.