2984

425

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

Contribución al Estudio DE LA ASOCIACIÓN DE LA HISTERIA CON DIFERENTES ENFERMEDADES

TÉSIS

DE

EDUARDO P. RUEDA

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUJÍA

BUENOS AIRES

La Semana Mèdica, Imp. y Enc. de E. Spinelli y Cia., Cerrito 475

1897

1872

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

Contribución al Estudio DE LA ASOCIACIÓN DE LA HISTERIA CON DIFERENTES ENFERMEDADES

TÉSIS

DE

EDUARDO P. RUEDA

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUJÍA

BUENOS AIRES

La Semana Mèdica, Imp. y Enc. de E. Spinelli y Cia., Cerrito 475

1897

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tésis

(Art. 162 del Reglamento).

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

Dr. D. ENRIQUE E. DEL ARCA

Vice Decano

Dr. D. PEDRO MALLO

Académicos Titulares

Dr. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » JOSÉ T. BACA
» » RAFAEL HERRERA VEGAS
» » PEDRO MALLO
» » JOSÉ M. ASTIGUETA
» » JACOB DE T. PINTO
» » EUFEMIO UBALLES
» » JUAN R. FERNANDEZ
» » ENRIQUE E. DEL ARCA
» » PEDRO N. ARATA
» » MANUEL BLANCAS
» » ROBERTO WERNICKE
» » PEDRO LAGLEIZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GÜEMES

Secretario Titular

Dr. D. LUIS M. ACUÑA

Pro-Secretario

Dr. D. ZENON AGUILAR

Académicos Honorarios

Dr. D. ERNESTO ABERG
» » PABLO MARENGO
» » EDUARDO WILDE
» » MARTIN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos titulares
Anatomía Descriptiva	Dr.	Juan José Naon
Anatomía Topográfica	„	Juvencio Z. Arce
Histología teórico-práctica	„	Rodolfo de Gainza
Fisiología General y Humana	„	José M. Astigueta
Higiene Pública y Privada	„	Meliton Gonzalez del Solar
Patología General y Ejercicios clínicos	„	Roberto Wernicke
Materia Médica y Terapéutica	„	Justiniano Ledesma
Patología Externa	„	Obdulio Hernandez
Patología Interna	„	José Penna
Anatomía Patológica	„	Telémaco Susini
Medicina Operatoría	„	Adalberto Ramaugé
Enfermedades de mujeres y Clínica ginecológica	„	Enrique Bazterrica
Enfermedades de niños y Clínica pediátrica	„	Manuel Blancas
Enfermedades de los ojos y Clínica oftalmológica	„	Pedro Lagleyze
Enfermedades nerviosas y su clínica	„	José M. Ramos Mejia
Enfermedades mentales y clínica respectiva	„	Domingo Cabred
Clínica quirúrjica	„	Julian Aguilar
Clínica quirúrjica	„	Antonio C. Gandolfo
Clínica médica	„	Eufemio Uballes
Clínica médica	„	Gregorio N. Chaves
Clínica médica	„	Luis Güemes
Obstetricia y clínica respectiva	„	Samuel Molina
Medicina legal	„	Eduardo M. Perez
Química aplicada á la medicina	„	Pedro N. Arata
Química aplicada á la medicina	„	Atanasio Quiroga
Física médica	„	Jaime R. Costa
Zoología médica	„	Eliseo Canton
Toxicolojía	„	Juan B. Señorans
Enfermedades venéreas y dermatología	„	Baldomero Sommer
Laringología, otología, rinología	„	Eduardo Obejero
Farmacía teórica	„	Juan A. Boeri
Farmacia práctica	„	J. Manuel Irizar
Botánica médica	„	Adolfo Mugica
Obstetricia para alumnas parteras	„	Juan R. Fernandez
Odontología	„	Nicasio Etchepareborda

Asignaturas			Catedráticos sustitutos
Anatomía Descriptiva	Dr.	D.	Juan D. Piñero
Anatomía Topográfica	„	„	Avelino Gutierrez
Histología teórico-práctica	„	„	samuel de madrid
Fisiología General y Humana	„	„	Pedro J. Coronado
Higiene pública y privada	„	„	Enrique Revilla y R. Schatz
Patología General y ejercicios clínicos	„	„	Gregorio Araoz Alfaro
Materia Médica y Terapéutica	„	„	Enrique E. del Arca Angel M. Centeno
Patología externa	„	„	Pascual Palma Daniel J. Cranwell
Patología Interna	„	„	Marcial V. Quiroga
Anatomía Patológica	„	„	Carlos Malbran y J. Badia
Medicina Operatoria	„	„	Alejandro Posadas
Enfermedades de mujeres y clínica ginecológica	„	„	José F. Molinari Alfredo Lagarde
Enfermedades de niños y Clínica pediátrica	„	„	Antonio F. Piñero Facundo Larguia
Enfermedades de los ojos y clínica oftalmológica	„	„	Francisco Barraza Teófilo A. Moret

Asignaturas			Catedráticos sustitutos
Enfermedades nerviosas y su clínica. . .	„	„	JOSÉ A. ESTEVEZ Y J. SEMPRUN
Enfermedades mentales y clinica respectiva.	„	„	BENJAMIN T. SOLARI
Clínica quirúrjica	„	„	JUAN B. JUSTO ALEJANDRO CASTRO DIÓGENES DECOUD
Clínica médica.	„	„	ABEL AYERZA JULIO MENDEZ FRANCISCO SICARDI IGNACIO ALLENDE
Física médica	„	„	VACANTE
Obstetricia y Clínica respectiva	„	„	LUIS F. VILA
Medicina legal	„	„	FRANCISCO DE VEYGA Y D. CAVIA
Química aplicada á la medicina.	„	„	VACANTE
Farmacia practica.	„	„	„
Laringología, otología, rinología.	„	„	WENCESLAO TELLO
Enfermedades venéreas y dermatología. .	„	„	MAXIMILIANO ABERASTURY
Obstetricia para alumnas parteras. . . .	„	„	ENRIQUE PIETRANERA
Odontología.	„	„	LEON PEREYRA

PADRINO DE TÉSIS:

Dr. Eufemio Uballes

A los mios

INTRODUCCIÓN

Sr. Presidente:

Sres. Académicos:

Despues de algún tiempo de ausencia que lo he pasado en los hospitales de Europa, vengo nuevamente á presentarme delante mis antiguos y estimados profesores para llenar mi último deber de estudiante de esta Facultad.

Ante todo mis más profundos agradecimientos, para aquellos que supieron despertar en mi la afición por los enfermos, entre los cuales muchos de ellos me honraron con su amistad haciéndome más agradable aun, el aprender en tan digna compañía.

En el servicio de uno de los discípulos más querido

de Charcot, mi amigo el Dr. Babinski, médico del hospital de la Pitié de Paris, he podido juzgar la frecuencia de la asociación de la histeria con las más diversas afecciones, creyendo tener el derecho de afirmar *á priori* que todas las enfermedades pueden asociarse á la histeria y nada es más facil de concebir. Si en efecto un ligero traumatismo, una simple emoción ó toda otra causa banal es susceptible de provocar en un individuo hasta ese momento sano la aparición de accidentes histéricos, es muy natural que una afección orgánica ó dinámica del sistema nervioso, que un estado patológico preexistente cualquiera que sea, pueda producir efectos análogos.

Estas asociaciones pueden ser desconocidas, sea que los fenómenos histéricos ocupen el primer plano del cuadro sintomático y ocultando asi la afección concomitante, sea que esta todo al contrario absorba completamente con detrimento de la histeria la atención del observador, lo que sucede sobre todo cuado se trata de las manifestaciones de la pequeña histeria. Ahora olvidando uno ó el otro de los dos factores en presencia, uno se expone á cometer faltas en la terapéutica y graves errores de interpretación.

Es por no haber sabido reconocer en caso de aso-

ciación hístero-orgánica el elemento histérico, que algunos médicos han llegado á la idea, que las prácticas psicoterápicas pueden modificar de una manera notable y aun curar las afecciones orgánicas.

Es necesario tener siempre presente la posibilidad de estas asociaciones y de buscar á separar en estos casos lo que pertenece á cada uno de los factores.

Es verdad que esta disociación es algunas veces sumamente difícil. Teniendo en cuenta estas dificultades he creido interesante publicar algunos casos inéditos de estas asociaciones, habiendo hecho con algunos de ellos el tema de mi tesis de Paris y los otros los expongo en el presente trabajo.

HISTORIA

La histeria es conocida desde la más remota antigüedad.

En las obras de Platon encontramos la descripción de ataques histéricos y formulada por primera vez la teoría uterina de la neurosis, teoría que ha reinado hasta estos últimos tiempos sostenida por Dubois en 1833 y por Landouzy de Reims en 1846.

Los innumerables trabajos que tratan de esta afección hasta el año 1859 adolecen de grandes deficiencias; sus descripciones no son claras ni precisas y la confunden con la hipocondría, la epilepsia, la neurastenia, etc.

Es necesario hacer una excepción á las descripciones de Carlos Lepois y especialmente á las de Sydenham y Georget, las que desgraciadamente pasaron desapercibidas para la mayor parte de los médicos.

Con el tratado de Briquet que apareció en 1859

empieza la era científica de las histeria, pues á partir de este momento se ha determinado los caracteres clínicos propios de los accidentes histéricos y de los sindromas permitiendo de esta manera separarla de las otras afecciones enumeradas más arriba.

A esta epoca pertenece igualmente el principio de la historia de las asociaciones de la histeria con las diferentes enfermedades, pues si bien es cierto que en 1825 y 1826 Casaumeh y Bouchet publicaron dos observaciones de histeria complicada de epilepsia, que en 1836 Beau, interno á la Salpetriére, publicaba una estadística sobre el *estado general de las afecciones epilépticas é histéricas*, citando casos de ataques epiléticos é histéricos, de ataques histéricos, epilépticos y vértigo, de ataques compuestos de síntomas epilépticos é histéricos, de ataques histéricos y vértigo, de ataques compuestos de síntomas epilépticos é histéricos más vértigos; no se daba cuenta, pues, á renglón seguido añadía:

«Se ve que la complicación de la epilepsia con la histeria ó hístero-epilepsia presenta dos formas particulares: ó bien la misma persona presenta ataques epilépticos é histéricos separadamente ó bien estos ataques siempre idénticos son constituídos por fenó-

menos epilépticos é histéricos en proporción notable». Esta opinión fué adoptada hasta que Charcot demostró que no hay tal combinación de fenómenos epiléticos é histéricos y que en los ataques hístero-epilépticos la epilepsia se encuentra representada solamente en la forma exterior, ella no se encuentra en el fondo, perteneciendo estos ataques puramente á la histeria.

De lo que antecede se deduce que si se analiza los casos de Beau, se vé que este autor había notado las diversas asociaciones que puede existir entre las manifestaciones de la epilepsia y la histeria; pero de la constatación à la interpretación hay un gran trecho y vemos que él consideraba la hístero-epilepsia como una asociación de estas dos neurosis.

El 23 de febrero de 1852 entró al Hospital de la Charité en el servicio de Briquet, la mujer Luisa V..... que permaneció durante dos años atacada de contracturas histéricas. Trasladada el 25 de septiembre á La Salpetrière, donde fué examinada por Charcot en enero de 1862, y el 25 del mismo, hacía una comunicación á la Sociedad Médica de los Hospitales presentando esta enferma la cual tenía síntomas histéricos y de esclerosis de los cordones laterales, señalando por la primera vez la asociación de la neurosis

con una enfermedad orgánica—caso interesante, pues esta enferma es una de las que contribuyó para que Briquet sacase la histeria del caos donde se encontraba, y algunos años mas tarde para que Charcot hiciese su comunicación.

Después de esta comunicación se ha pasado una decena de años sin ninguna publicación de este género.

El Dr. Russel (1872) publicó el caso de una joven histérica que se hace coreica á causa de un terror, insistiendo sobre todo en el insuceso que le había dado el cloral. La descripción que hace Russel no permite decir si se trata de una corea verdadera ó de una corea rítmica manifestación histérica. Esta observación no tiene ningun valor bajo el punto de vista que nos ocupa. Charcot en 1876 comunica un caso de vértigo de Meniére en un sujeto histérico y un enfermo histérico y epiléptico, presentando alternativamente los ataques de las dos neurosis.

El día siguiente de su lección inaugural de la cátedra de Enfermedades Nerviosas, Charcot presenta una enferma que padecía de un espasmo del orbicular de los párpados, y cita un caso de tic no doloroso de la cara en una vieja histérica.

En 1879, Janot publica un caso de bronquitis crónica asociada á una tos histérica, y en sus reflexiones insiste sobre la importancia y la utilidad para el tratamiento y el pronóstico de determinar la naturaleza íntima de los fenómenos mórbidos.

En 1880, Luthon (s) y Witchill publicaron con poco tiempo de intérvalo, casos de asociación de la histeria con la neurastenia.

En 1887, Elben R. cuenta la historia de una enferma eclámptica é histérica.

Uspenski M. V., cita el caso de una enferma presentando á la vez una otitis y crísis histéricas.

Plaifor, relata el caso de una mujer atacada de una afección uterina antigua y de histeria, ocupándose ante todo del tratamiento sistemático de los accidentes nerviosos.

En el mismo año un trabajo más importante es presentado por Olier á la Sociedad médicà psícológica sobre la coexistencia de la histeria y de la epilepsia con manifestaciones distintas de las dos neurosis consideradas en los dos sexos y en particular en el hombre. En un primer grupo el autor menciona los casos donde la hístero-epilepsia coexiste con la epilepsia establecida primitivamente en el enfermo, lâs dos

neurosis se manifestaban aisladamente y quedaban separadas en las perturbaciones que ellas provocaban.

Un segundo grupo comprende los casos en los cuales los accesos de epilepsia ó solamente los vértigos epilépticos se producían entre las manifestaciones de la histeria, entonces enfermedad primitiva y principal. En un tercer grupo coloca los enfermos donde los ataques se componen de fenómenos epilépticos y accidentes histéricos.

En los años de 1881 á 1886, dos observaciones han sido publicadas, la de Segui y de Chavaunis; cn la primera se trata de hístero-epilepsia y de corea, y en la segunda de una neuritis del plexo braquial con contractura en una histérica.

Grasset, en el *Montpelier Médical,* dice que la histeria es frecuente en las familias de los tuberculosos, donde se vé algunos de ellos convertidos en histéricos, los otros tuberculosos y algunas veces las dos afecciones existen en el mismo individuo.

En 1886, se ocupan un poco más de este punto Bordoni L. comunica un caso de hipertermia histérica y de urticaria.

M. Debove declara que la anestesia que se obser-

va en el saturnismo, es de naturaleza histérica. Antes de la comunicación de M. Debove casos de saturnismo con hemianestesia han sido publicados, pero se consideraba la hemianestesía como una manifestación de la intoxicación por el plomo.

El año siguiente su discípulo M. Achard publica dos nuevos casos. Charcot y M. Letulle se ocupan también.

Charcot demuestra al mismo tiempo la existencia de la hemianestesia histérica en los alcohólicos. En cuanto á la intoxicación mercurial M. Letulle toma los casos de la tesis del Dr. Jean, los casos del doctor Hallopeau, del Dr. Aigue, de Maréchal y de Schonill, que comsideraban las perturbuciones nerviosas como un accidente mercurial, no dependiendo de ninguna manera de la histeria; los somete á un análisis riguroso, y muestra en particular la analogía perfecta que existe entre la hemianestesia mercurial y la hemianestesia histérica, y concluye en la identidad de orígen de las dos anestesias. La primera como la segunda no puede depender sinó de la histeria.

Guinon G. publica dos casos de tics convulsivos y de histeria.

En las lecciones de los Martes de Charcot, 1887,

88 y 89, encontramos casos de asociaciones de là histeria con diferentes afecciones. Citaremos casos de histeriá asociada con la corea, la neurastenia, la agorofobia claustrofobia, el vértigo de Menière, la ataxia locomotríz progresiva, paralisis infantil y paraplegia alcohólica, el saturnismo, la esclerosis en placas, con la enfermedad de Basedow, la morfinomania.

Mathieu A. y Burkant, comunican casos de neurastenia é histeriá. Potain publica un caso de hístero-epilepsia y exostosis sifilítica.

Greindenberg, comunica una observación de paralisis agitante asociada á la histeria.

Belin en su tesis publicá un caso de M. Babinski referente á una paralisis facial é histeria.

Laberge E. F., tabes é histeria asociados; histeria y esclerosis en placas.

Raymond, reumatismo crónico é histérico.

D'Aurelles de Palladini ha hecho su tesis sobre las asociaciones mórbidas en patología nerviosa, en la cual se encuentran parálisis alcohólicas, corea y enfermedad de Basedow en sujetos histéricos.

En 1890 y 91, Oppenheim, Remark, Mendel, Bernortzki, Regnault, Bristowe, Souques, Guílbert, Sie-

merling, Gaboreaud y Mathieu, han comunicado casos de asociación de la histeria con la esclerosis en placas, la siringomielitis, impaludismo, la paralisis pseudo hipertrófica, la neurastenia, la epilepsia, el tabes, la enfermedad de Morvan, la anomalía de los centros nerviosas y la diabetes insípida.

En 1892, Hughes, Mairet y Chalin, comunicaron casos de asociación de la histeria con la neurastenia y la epilepsia.

Charcot publica un caso de tabes é histeria y al mismo tiempo hace notar la coexistencia de la histeria con la diabetes, la gota y el asma, enfermedades de gran parentesco entre ellas.

Grasset en sus lecciones del 15 al 25 de Enero, publicadas por el Dr. Castan, insiste mucho sobre las asociaciones hístero-orgánicas (histeria con la siringomielitis y con la esclerosis en placas.

Mr. Babinski en una comunicación muy interesante leída en la Sociedad Médica de los Hospitales de Paris, dá cuenta de nueve observaciones de asociación de la histeria con las enfermedades siguientes: hemplegia espasmódica orgánica; meningo-escefalites difusa; parálisis facial, neuritis periférica; neurastenia; cistitis; endometritis cervical; coxalgía orgánica y pe-

riartritis escapudo humeral. Insiste sobre las dificultades de hacer depender de la histeria ciertos síntomas sin desconocer el orígen orgánico de los otros. Diagnóstico que tiene amenudo su interés puesto que permíte al médico aplicar un tratamiento apropiado á cada afección.

Pocos casos han sido publicados posteriormente á esta comunicación. Granelli cita un caso de afección orgánica de los oídos é histeria.

Fournier, Clark, Ruchardson y Parrachia, han publicado casos de neurastenia é histeria.

Por mi parte en mi tesis de Paris, he presentado las observaciones de la asociación de la histeria con las siguientes enfermedades: sífilis, artritis seca, atrofia óptica, sífilis hereditaria; reumatísmo nudoso, y en la presente con las que á continuación enumero: neoplasma intracraneano, fiebre tifoidea, laringitis tuberculosa, enfermedad de tic, hemiplegía infantil y hemo rragia cerebral.

OBSERVACIONES

I

FIEBRE TIFOIDEA — PARAPLEGIA HISTÉRICA

María D. . . . . francesa, corsetera, de 25 años de edad, casada, temperamento nervioso, entró al hospital de La Pitié el 23 de Noviembre de 1895, siendo alojada en la sala Grisolle, cama núm. 10.

Antecedentes hereditarios.—El padre es tuberculoso, la madre ha presentado en su juventud ataques nerviosos y por la narración que hàcen de ellos, eran probablemente de naturaleza histéricos. Dos hermanos muertos á los dos y cuatro años de edad; el primero de meningitis tuberculosa y el segundo de bronco-pneumonia. Dos otros hermanos gozan de buena salud. Se irritan y lloran á la menor contrariedad.

Antecedentes personales.—En su infancia ha estado

enferma de escarlatina, sarampión y coqueluche; á la edad de 15 años una pneumonia la obligó á guardar cama durante veinte dias. Ha tenido un aborto de cuatro meses y medio. Tiene un hijo de tres años raquítico. Su primera menstruación apareció á la edad de 14 años.

Hace siete dias, es decir el 16 de Noviembre, la enferma notó que no se encontraba bien quejándose de un malestar general, cansancio, falta de apetito, sueño agitado, dolores en los miembros inferiores y region lumbar, dolores que se acentuaban pocos momentos después de trabajar en la máquina de coser, obligándola á suspender su ocupación. Hace dos dias que á los síntomas precedentes se han agregado varios escalofrios, dolor de cabeza y diarrea.

Estado actual.—La enferma se encuentra postrada y con un malestar general.

Temperatura 38°5.

La orina es escasa, oscura y albuminosa. Las deyecciones son líquidas, amarillentas y fétidas.

El vientre está un poco timpanizado, gorgorismo en la fosa iliaca derecha y la presión en esta región y en el epigástrico es dolorosa.

Bazo aumentado de volúmen, 14 centímetros y medio de largo.

Corazon normal, sus latidos son un poco débiles, pulso débil, dicroto—100 pulsaciones.

Pulmones.—Rales sibilantes diseminados.

La lengua cubierta de una capa viscosa húmeda, bastante espesa, de una coloración gris sucia.

Sed.—Inapetencia.

Cefalalgia y zumbidos de oidos.

Tratamiento.—Baños frios—Régimen lacteo.

Noviembre 27.—Aparición de manchas lenticulares diseminadas en el pecho y abdómen.

Pulso, 102.

Noviembre 29.—Anoche ha delirado un poco. Retención de orina. Pulso 104—Cateterismo.

Noviembre 30.—Continúa el delirio y la retención de orina—Cateterismo.

Diciembre 3.—Gran cantidad de manchas lenticulares en la espalda. Anoche no ha delirado y orina sola. Pulso 100.

Diciembre 8.—Gran número de sudaminas en el hipogriásto.—Pulso, 100.

Diciembre 10.—Mejor aspecto de la enferma, mas despierta.—El pulso es mas fuerte, mas lento (90).

Disminución de las manchas lenticulares.—Sueño mas tranquilo y el meteorismo es mucho menor.

Diciembre 13.—Mejoría general.

Diciembre 14, 15, 16, 17.—La mejoria se acentúa.

Diciembre 18.—La enferma que hasta esta época se encontraba cada dia mejor, habiendo dormido anoche perfectamente, hoy no puede ejecutar ningún movimiento con sus miembros inferiores estando «como muertos» según la comparación de la enferma; se quedan en la posición que se les colocan y la punta del pie en flexión.

Tiene la censación de hormiguo en los miembros paralizados.

La aplicación de la mano, de un pedazo de hielo y la picadura con un alfiler no son sentidos en toda la extensión de los miembros inferiores hasta el ombligo. No se da cuenta de los movimientos que se hace ejecutar á los miembros enfermos. La motilidad y la sensibilidad están completamente perdidas en estas partes. En el resto del cuerpo la sensibilidad es perfecta. Retención de orina.

Reflejos rotulianos normales. El reflejo faringeo está abolido.

La quinina depositada en la mitad posterior de la

lengua no despierta ninguna sensación gustativa. La enferma no apercibe ningún olor á excepción del eter.

Discromatopsia.—El violeta para ella es azul y el verde, rojo. Disminución del campo visual.

Diciembre 19.—Pulso 80. Estado general bueno. Aplicación de la electricidad farádica.

Los pies se le colocan en dos aparatos de madera formando ángulo recto con la pierna y un aparato para impedir que las frazadas toquen los miembros inferiores á fin de evitar si la paraplegia continúa las adherencias fidro-tendinosas y las desviaciones pasivas defectuosas.

Diciembre 20.—Estado general satisfactorio. Aplicación de la electricidad farádica sugestionándola al estado despierta que si hoy no puede mover las piernas mañana tendríamos necesidad de emplear máquinas eléctricas de gran potencia, muy peligroso para ella; al fin de cinco minutos que se la electrizaba la aplicación de un pedazo de hielo era seguida de una débil percepción de frío con un retardo de diez segundos; el mismo fenómeno para las sensaciones de calor.

Diciembre 21.—Nueva aplicación eléctrica de ocho minutos de duración al fin de la cual le decimos

que le es posible hacer algunos movimientos con los dedos del pie y la enferma ejecuta movimientos de extensión y de flexión. Las sensaciones de frío, calor dolor y contacto son sentidas con el mismo retardo de ayer pero más netamente.

Diciembre 22.—Continuamos aplicando la electricidad y al mismo tiempo convenciéndola que una vez que hemos logrado hacer ejecutar algunos movimientos la curación es segura y en un lapso de tiempo muy corto. Una vez concluida de electrizarla le ordenamos ejecutara movimientos de extensión y de flexión con el pie, lo que hace, y en seguida le pedimos ejecutara movimientos de abducción, de adducción y de rotación separadamente cada pie y los dos al mismo tiempo, lo que hace igualmente.

Los movimientos de las piernas y de los muslos son también posibles.

Las sensaciones de calor, dolor y contacto son percibidas perfectamente con un retardo de cinco segundos.

Diciembre 23.—La sensibilidad está restablecida completamente y ejecuta todos los movimientos que se le ordenan.

Diciembre 29.—La enferma abandona el servicio completamente restablecida.

Nos encontramos en presencia de una enferma de fiebre tifoidea á la cual sobreviene en el período de la convalecencia una paraplegía súbita.

¿Es una de las muchas complicaciones de orígen tífico que se observan en está enfermedad ó una nueva dolencia que viene agregarse á la ya existente y constituir una asociación mórbida?

Enumeraré las causas capaces de producir una paraplegía súbita y me quedaré con la que creo me parece se puede atribuir en este caso.

Las hemorragias del raquis pueden producir una paraplegía inmediata ya sea una hematorraquis que se observa en las heridas por armas de fuego, por instrumentos cortantes, las fracturas espontáneas como las que se observan en el tabes, el aplastamiento óseo á causa de una carie tuberculosa, ya sea una hemorragia meningea á causa de una antigua paquimeningitis que había quedado latente hasta ahora, ya sea una hematomielitis que se observa en los casos de inflamaciones medulares. No es un hematorraquis porque en nuestro caso no encontramos ningún elemento etiológico capaz de explicarlo; no es

una hemorragia meningea de origen paquimeningítico á causa de la ausencia de dolor de la columna vertebral, dolor en la cintura, hiperestesiä, contractura de los esfinteres de la vejiga y del recto, etc., etc.

No es una hematomielitis á causa de la falta de inflamación crónica ó aguda de la médula que haciendo perder á las pequeñas arteriolas sus puntos de apoyo producen la hemorragia.

Los tumores intra-raquidianos é intra-espinales, aunque son raros, son capaces de producir una paraplegía apopletiforme, como los quistes parasitarios, los tumores cisticercos ó equinococus, etc., etc,; pero la paraplegía una vez producida, no evoluciona de la manera de la nuestra.

En el curso de la fiebre tifoidea, de la influenza, de la sífilís y aún de la blenorragia, se puede desarrollar una enfermedad descrita por Mr. Hayem con el nombre de mielitis aguda apopletiforme caracterizada por unà paraplegía de la motilidad y de la sensibilidad sobreviniendo de improviso en los adultos, localizada àl principio en los miembros inferiores y remontando en seguida á los miembros superiores de manera á presentar el cuadro clínico de una paraplegía com-

pleta de cuatro miembros, quedándose limitada muy raras veces.

Nuestra enferma se encuentra convaleciente de una fiebre tifoidea y presenta súbitamente una paraplegía de la motilidad y sensibilidad; ¿es posible atribuir esta paraplegía á la mielitis aguda apopletiforme de Hayem? No; por qué: 1º la mielitis apopletiforme de Hayem raras veces queda limitada á los miembros inferiores; 2º los primeros fenómenos paralíticos son acompañados de un movimiento febril y si esto no sucede la fiebre se declara después que la paraplegía ha tomado posesión; 3º los movimientos reflejos son exagerados en los casos de mielitis, cosa que no sucede en el nuestro. En cuanto á este síntoma, para la mayor parte, no sería elemento de diagnóstico, esta exageración de reflejos puesto que con pocas excepciones dicen que en la histeria los reflejos pueden ser *normales*, *exagerados* y *dismmuidos*. Para mi, en esto participo de la opinión del Dr. Babinski, á quien he seguido en su clínica más de un año, donde he visto un gran número de histéricos y examinado sistemáticamente los reflejos, no he encontrado un solo caso de histeria con exageración de reflejo.

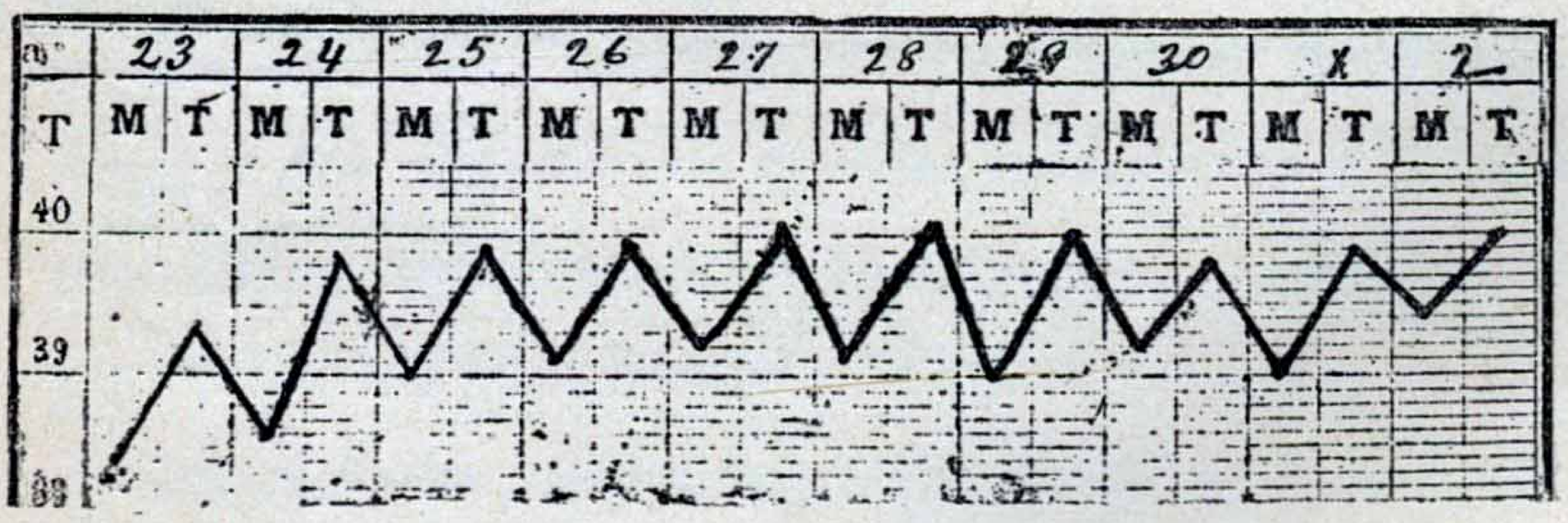
En los histéricos con exageración de reflejos siem-

pre hemos encontrado una enfermedad orgánica asociada á la neurosis que esplicaba este fenómeno.

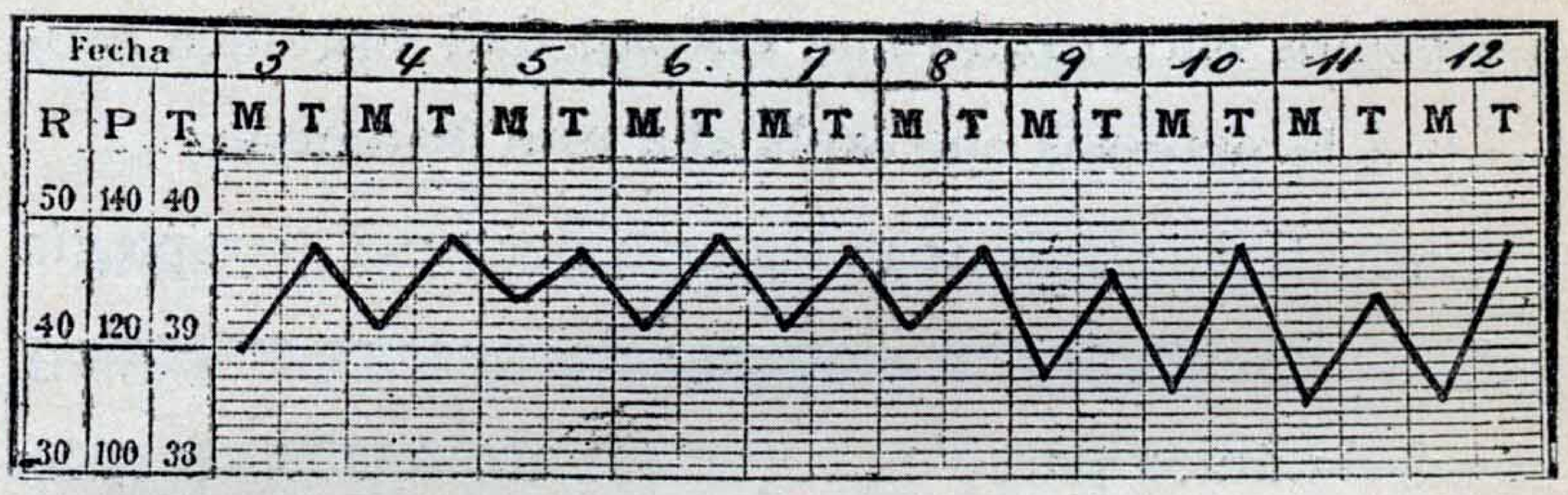
La histeria puede manifestarse por una paraplegía súbita presentando los síntomas de nuestra enferma y siendo la única paraplegia que se acompaña de perturbaciones sensoriales.

De lo que antecede se deduce que los accidentes sobrevenidos en el curso de la fiebre tifoidea, de la ùnica causa que pueden depender es de la histeria y de lo que concluyo que el presente caso es una asociación de la fiebre tifoidea con manifestaciones de la neurosis.

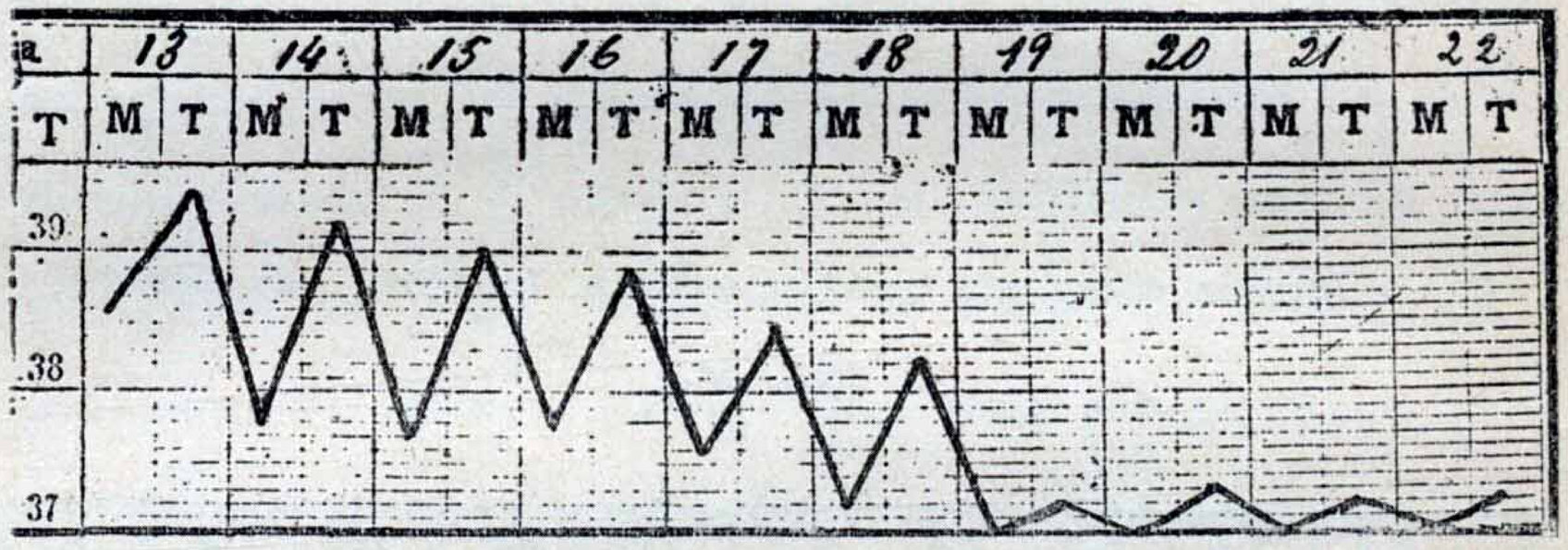
Fiebre tifoidea paraplegia histérica.—Hosp. La Pitiè, sala Grisolle, núm. 10.



Fiebre tifoidea con paraplegia histérica (continuación)



(Continuación)



II

TUBERCULOSIS PULMONAR—LARINGITIS TUBERCULOSA, MANIFESTACIONES HISTÉRICAS

Arturo L. . . . . francés, jornalero de 28 años de edad, soltero, entró al hospital de la Pitié el 15 de Febrero de 1896 siendo alojado en la sala Rostan, cama núm. 5.

Antecedentes hereditarios.—El padre sufre de una bronquitis crónica desde hace mas de cuatro años. La madre ha muerto de una afección al corazon. Tiene cuatro hermanos, dos varones que gozan de buena salud y dos mujeres una de ellas es anémica y la otra escrofulosa presentando actualmente una adenitis supurada de los ganglios del cuello.

Antecedentes personales.—En su infancia ha sido sumamente enfermo. Ha caminado á la edad de dos años; á los 10 años ha estado enfermo de viruela y á

los 12 de difteria. Ha tenido varias veces bronquitis y se resfría con mucha frecuencia.

Dos blenorragias con dos años de intérvalo; la primera le duró dos meses y la segunda cuatro; chancro blando á los 22 años. Es gran fumador.

Hace seis meses que tuvo un resfrio que le duró 10 dias, habiendo quedado un poco ronco desde esa fecha, estando la voz á veces velada y otras veces siendo bitonal. Desde esa fecha no se encuentra bien, tosiendo con frecuencia, teniendo sudores nocturnos, dolores en la región interescapular, se ha adelgazado y pierde cada dia sus fuerzas. Hace 15 dias se asustó al ver caer uno de sus compañeros que estaba limpiando una ventana, quedando desde ese momento completamente afono.

Estado actual.—Decaimiento general, sudores nocturnos, fiebre vesperal 38°, adelgazamiento, falta de apetito.

Orina normal.

En el miembro inferior izquierdo anestesia á la temperatura y al dolor, conservada al tacto; disociación siringomielítica.

Reflejos rotulianos normales.—En la mitad izquierda del tronco, misma disociación.

Organos abdominales normales.

La percusión del aparato respiratorio en los vértices da una sub-matitez; las vibraciones están aumentadas y á la auscultación se nota una respiración ruda, una respiración larga y saccadé, rales sub-crepitantes.

Miembro superior izquierdo, misma disociación.

El lado derecho no presenta ninguna perturbación sensorial.

El enfermo acusa una picazon en la laringe que le produce una tos breve y seca, siente un poco de dolor en la laringe durante la deglución, mas manifiesta con los alimentos líquidos.

Exámen laringoscópico.—Palidez excesiva de la mucosa del velo del paladar, de la faringe y del vestíbulo laringeo. Tumefacción de la región interaritenoidea, ligera hinchazon de los cartílagos de Santorini, coloración roja de las cuerdas vocales.

El contacto de una solución concentrada de quinina depositada en la mitad izquierda y posterior de la lengua no produce ninguna sensación, siendo inmediatamente percibido el gusto amargo si se la deposita en la mitad derecha. No siente ni el amoniaco, ni el eter, ni la asafétida con la nariz izquierda. Disminu-

ción del campo visual. Con el oido izquierdo oye el tic-tac de un reloj á una distancia mucho menor que con la derecha.

Tratamiento.—Aceite de hígado de bacalao, creosota, arseniato de soda, puntas de fuego, pulverizaciones en la laringe de ácido fénico con clorhidrato de cocaina y electrizacíón farádica en la parte media del cuello. Al mismo tiempo recomendamos á los enfermeros de vigilarlo durante el sueño por si llegase á hablar en voz alta.

Febrero 16.—El enfermo ha pasado el día de ayer bastante intranquilo, con 39° de fiebre en la tarde, y tan solo ha dormido dos horas. Aplicación de puntas de fuego en los dos vértices.

Febrero 17.—Ha dormido mejor, 38° de fiebre. Hacemos pasar corrientes farádicas en la región anterior y media del cuello, y ordenamos al paciente de pronunciar *hem* lo más fuerte que le sea posible, obteniendo una tonalidad igual á lo que habla, que es sumamente baja.

Febrero 18.—El enfermero nos comunica en presencia del paciente, que durante este último dormía, lo ha oído hablar en voz alta. Aprovechamos este dato para sugestionarlo, diciéndole que si ha podido

hablar fuerte era debido á la aplicación eléctrica del día anterior y que hov, después de la electrización podrá emitir sonidos facilmente perceptibles.

Después de cinco minutos de hacer pasar corrientes farádicas, le ordenamos de pronunciar en alta voz su nombre, lo que hace, pudiéndole oír á medio metro de distancia, siendo antes necesario aproximarse completamente para distinguir lo que decía. Los pulmones y la laringe se encuentran en el mismo estado que cuando entró.

Febrero 19.—Aplicación nuevamente de la electricidad en el cuello y en la mitad izquierda del cuerpo· Puede hablar más fuerte que ayer. Inmediatamente de haber concluido de electrizarle, apercibe débilmente el calor y el dolor.

Febrero 20.—Después de haberle electrizado habla como antes de asustarse, con la voz un poco ronca.

El calor, el frio y el dolor, es débilmente percibido aún 6 horas después.

Las cuerdas vocales están un poco menos rojas.

Febrero 21.—Palabra igual al día de ayer. Antes de aplicar la electricidad, siente el calor y el frío en la mitad izquierda del cuerpo, después de la aplicación estas sensaciones son percibidas más netamente.

Febrero 22.—El enfermo abandona el hospital para irse á Auvergne donde tiene su familia, y lo que le aprobamos por ser el clima que le conviene en invierno. Pulmon y laringe mejorados. Las otras perturbaciones casi desaparecidas.

El caso que nos ocupa es un enfermo, en el cual reunido todos los síntomas que presenta, no se puede atribuir á una sola enfermedad. Tenemos más de una, es un caso de asociación. Nos toca ahora separar y agrupar á cada uno de los síntomas al rededor de la entidad mórbida correspondiente. Si hay algunos con los cuales es sumamente fácil hacer esta separación, hay otros que á causa que se les observa en varias enfermedades, es difícil colocarlos en el lugar que le pertenece, teniendo muchas veces que esperar la evolución de este síntoma para poder afirmar su orígen.

En nuestro enfermo tenemos reunidos estos dos casos, pues presenta los síntomas característicos de la tuberculosis pulmonar en su primer período, la mayor parte de los síntomas de la infiltración tuberculosa de la laringe y estigmas de la histeria.

Al lado de estos tenemos la afonia que puede ser producida por la laringitis tuberculosa y ser una ma-

nifestación de la neurosis. ¿Depende de la laringitis?

No lo creo, pues cuando se observa la afonía en la laringitis tuberculosa raramente es en el primer período, en el período de infiltración ó catarral cuando esta infiltración es moderada, pues en el caso contrario una infiltración muy pronunciada del espacio interaritenoideo obraría como un obstáculo mecánico impidiendo el aproximamiento de las cuerdas vocales. Hay casos en que las alteraciones laringeas no son tan pronunciadas y estos se encuentran afonos sabiendo además que las perturbaciones de la fonación no están siempre en relación directa con las alteraciones de la mucosa; pero cuando esto sucede, la afonía depende de una perturbación muscular, como la parálisis de los tiro-aritenoideos, cosa que no acontece en nuestro enfermo.

No pudiendo atribuir la afonía á la dolencia orgánica, queda perteneciendo á la neurosis.

La etiología viene en ayuda de esta opinión, pues una de las causas de la afonía histérica es una emoción, y recordaremos que nuestro sujeto estaba tan solamente con la voz ronca cuando después quedó afono. Falta un síntoma de bastante importancia que se observa en más de la mitad de los casos de afonía

histérica con el cual hubiéramos afirmado incontinenti la naturaleza neuropática: es la placa anestésica en la parte media del cuello; pero á falta de este, tenemos el dato del enfermero que mientras el paciente dormía lo había oído hablar en alta voz, volviéndose completamente afono cuando estaba despierto, observándose esto tan solamente en los casos de afonía histérica y el feliz éxito del tratamiento sugestivo viene á confirmar nuestra opinión que la afonía es de naturaleza histérica.

Concluimos, pues, que en nuestro sujeto se trata de una asociación de la tuberculosis pulmonar y laringea con manifestaciones de la histeria entre las cuales la afonía se puede prestar á una falsa interpretación atribuyéndosela á la laringitis.

III

HEMORRAGIA CEREBRAL — HISTERIA

Mariana V. . . . . francesa, empleada de correo, de 38 años de edad, casada, de temperamento sanguineo entró al hospital de la Pitié el 12 de Julio de 1896 á la sala Grisolle cama núm. 7.

Antecedentes hereditarios.—El padre ha muerto á los 40 años de reumatismo complicado con lesión cardiaca. La madre es de temperamento nervioso, habiendo tenido en su adolescencia ataques nerviosos, probablemente de naturaleza histéricos.

Un tio se encuentra loco en Charenton.

Tiene cuatro hermanos completamente sanos y una hermana de 25 años presenta ataques epilépticos.

Antecedentes personales.—Ha estado enferma á los 3 años de conjuntivitis granulosa; á los 4, de incontinencia de orina que le duró 6 meses; á los 10 años

empieza á tener ataques que se manifiestan por una caida sin pérdida de conocimiento, dándose cuenta perfectamente de lo que pasa á su alrededor, convulsiones que terminan por un sueño profundo, quedando completamente bien una vez despierta. Estos ataques le duran hasta ahora produciéndose de tarde en tarde.

A los 12 años aparición de la menstruación, efectuándose esta función irregularmente hasta la edad de 16 años.

A los 17 años ha contraido un chancro duro seguido de roseola, caida de los cabellos, placas mucosas, etc., etc. A los 19 años ha tenido un aborto de 6 meses, el feto estaba muerto y macerado; á los 20 y 21 años nuevos abortos en las mismas condiciones.

A los 22 años dió á luz un niño vivo de 8 meses, presentando en la palma de las manos, plantas de los pies y diseminado discretamente por el cuerpo una erupción papulosa, murió á los pocos dias.

Hace 8 años ha permanecido en el hospital Lariboisiére durante dos meses por una fiebre tifoidea, habiendo perdido un poco la memoria después de esta enfermedad.

Hace un mes que la enferma se quejaba de dolores de cabeza limitada á la parte superior que se manifes-

taban después de una emoción ó de un cansancio; de vértigos; que veia los objetos como á través de una tela-araña; de zumbidos de oidos; su carácter se había agriado de tal manera que la contrariaba la menor objeción que hacían á sus opiniones. La pérdida de la memoria era mas manifiesta. Soñaba con cosas tristes y dormía sumamente poco.

Esta mañana cuando fueron á darse cuenta porque no se levantaba, la encontraron como muerta dando tan solo señales de vida por la respiración y el pulso, trayéndola inmediatamente al hospital.

Estado actual.—La enferma presenta la facies apoplética; es gruesa, cara ancha, cuello corto.

Se encuentra sin conocimiento. Si pinchamos con un alfiler la planta del pie izquierdo los dedos ejecutan un movimiento de extensión, siendo seguido el pinchazo de la planta del pie derecho de una flexión de los dedos. Este es un síntoma nuevo descubierto por el Dr. Babinski y comunicado á la Sociedad Médica de los hospitales de Paris el 22 de Febrero de 1896

Normalmente, el cosquilleo y la picadura con un alfiler en la planta del pie, produce una flexión de los dedos, siendo seguida esta misma acción, de una extensión de los dedos únicamente en los casos de he-

miplegia ó paraplegia orgánica; si le pellizcamos la pierna derecha, hace movimientos como para retirarla, si el pellizco es mas intenso las dos piernas ejecutan movimientos; lo mismo sucede si se la pincha en toda la mitad derecha siendo acompañada además de contracciones de los músculos de la cara que expresan dolor y parece que se queja; no siendo seguido de ningún movimiento, ni de manifestaciones dolorosas si se pincha en la mitad izquierda. La aplicación de un fósforo encendido produce los mismos fenómenos.

Hacemos ejecutar movimientos pasivos á los miembros inferiores y notamos que los del miembro izquierdo se producen con mayor facilidad; los del derecho presentan una pequeña resistencia.

Reflejos rotulianos un poco disminuidos. Incontinencia de orina.

La respiración presenta el tipo de Cheyne-Stokes siendo además ruidosa.

Si levantamos los miembros superiores y los dejamos caer vemos que el izquierdo cae como muerto mientras que el derecho cae lentamente. El pulso es irregular.

La cara presenta al lado izquierdo el pliegue naso labial borrado, la mejilla izquierda se levanta y baja

siguiendo los movimientos respiratorios (ella fuma su pipa), la saliva sale por esta comisura.

Si abrimos la boca de la enferma vemos que los pilares derechos de la bóveda palatina son más elevados que los izquierdos.

Las pupilas se encuentran dilatadas reaccionando á la luz. La cabeza y los ojos están desviados á la derecha.

Tratamiento.—Se le hace una sangría y se le aplican sinapismos en los miembros inferiores.

Julio 13.—La enferma empieza á salir de su estado apoplético. 40 gramos de sulfato de soda.

Julio 14.—El síntoma apoplegía ha desaparecido encontrándose en la imposibilidad de moverse á causa de una hemiplegía izquierda. Prosiguiendo nuestro examen vemos que esta hemiplegía es acompañada de una hemianestesia sensitivo-sensorial. La picadura profunda con un alfiler no es sentida en toda la mitad izquierda.

El contacto de dos minutos de un pedazo de hielo no es sentido, igualmente que la aplicación de fuego, produciendo éste flictemas. Ausencia del sentido muscular.

No percibe el gusto de una gota de solución con-

centrada de quinina depositada en la mitad posterior é izquierda de la lengua, lo mismo que una solución concentrada de azucar y sí percibe el gusto de la sal. Ausencia total del olfato con la nariz izquierda. El tic tac del reloj lo percibe solamente cuando se encuentra á cinco centímetros de la oreja izquierda y percibiéndolo á cincuenta centímetros con la oreja derecha.

Disminución concéntrica del campo visual.

Discromatopsia: El rojo para ella es azul y el rosa verde.

Julio 15.—Aplicación de corrientes contínuas. Fricciones de pomada mercurial.

Julio 16, 17 y 18.—El mismo estado. Continuación del tratamiento mercurial y de la electricidad.

Julio 19.—La enferma empieza á ejecutar pequeños movimientos con la pierna paralizada.

Julio 20.—Los movimientos son más ámplios.

Julio 21.—Hace movimientos con el miembro superior enfermo. La parálisis de la cara es menos pronunciada. Los movimientos comunicados á la mejilla son menos pronunciados.

Julio 29.—Puede ejecutar casi todos los movimientos con los brazos, camina con un poco de dificultad,

la parálisis facial tan sólo se nota á causa de que el pliegue naso-labial se encuentra todavía un poco borrado.

Agosto 1º.—La enferma se encuentra casi curada de su hemiplegia, presentando su hemianestesia sensitivo sensorial un poco menos marcada que al principio. La hipnotisamos y le sugestionamos durante el sueño hipnótico que la sensibilidad se encontraba en estado normal, y la enferma sentía perfectamente el frío, el calor, el contacto y el dolor

Agosto 2.—Nueva sesión de hipnotísmo, en la cual le afirmamos que sentirá como una persona sana. El éter y la asafétida eran percibídos por la nariz izquierda y lo mismo la quinina depositada en la mitad izquierda de la lengua despertaba el gusto amargo de ella.

Agosto 6.—La sensibilidad es enteramente restablecida, y la enferma abandona el hospital.

El primer día que vimos á la enferma, la encontramos en las condiciones descritas en el *estado actual* de esta observación, y la familia nos daba como únicos datos los abortos y los ataques de histeria. Siendo la enferma una histérica, ¿no se trataba de un ataque apoplético histérico? Sabemos que estos ataques se

asemejan mucho á los orgánicos, pudiendo ir seguidos de hemiplegia, y para algunos autores acompáñase de una parálisis facial, presentando además nuestra enferma una hemianestesia sensitiva sensorial ízquierda. ¿Son estos síntomas casi suficientes para diagnosticar que todo lo que se observa pertenece á la neurosis? Creo que es posible cometer este error de diagnóstico, pero si analizamos más detalladamente los síntomas que presenta, veremos poco á poco alejarnos de esta idea; en efecto, si en la apoplegía histérica puede haber hemiplegía respeta la cara, ó se acompaña de una contractura de los músculos de la cara del lado opuesto á la hemiplegía, la que habían tomado algunos autores por parálisis de los músculos de la cara del lado enfermo.

En este caso es de gran utilidad el nuevo síntoma del Dr. Babinski que nos indica, se trata de una hemiplegia orgánica, pues la picadura con un alfiler del pié izquierdo, era seguida de una extensión de los dedos, y la picadura del pié derecho de una flexión.

Siendo la hemiplegía de naturaleza orgánica, ¿cuál es la causa? Todos los síntomas que presenta corresponden al cuadro clínico de la hemorragia cerebral. Hay sin embargo uno, la hemianestesia sensitivo-sensorial

que nos parece no poder atribuirlo á la hemorragia y teniendo siempre en cuenta el terreno histérico, nos preguntamos si la histeria se manifiesta en esta enferma por los ataques solamente, ó si á consecuencia del traumatismo del organismo producido por la nueva enfermedad, la neurosis se aprovecha para manifestarse por otros síntomas que hasta ahora no se habían declarado, y constituyendo así una asociación mórbida?

Esto es lo que procuraré resolver.

De la hemorragia cerebral pueden depender todos los síntomas que presenta y comprendido la hemianestesia, aunque exepcionalmente y sobre todo cuando, presenta los caracteres actuales, es de origen cerebral; en efecto, la hemorragia cerebral rara vez presenta entre sus síntomas la hemianestesia, á causa que la mayor parte de las hemorragias se producen en el dominio de la arteria lentículo-estriada entre el nucleo extraventricular y la cápsula externa y pocas veces en el dominio de la lentículo-óptica, que riega la parte posterior de la cápsula interna, donde las alteraciones de esta región produce la hemianestesia.

En los casos de hemianestesia de origen cerebral generalmente se observa la hemicorea, bien sea antes

ó bien algunos dias después que la hemiplegia y la hemianestesia esten establecidas.

Inmediatamente despues del ataque, frecuentemente se encuentra la anestesia siendo debida á la compresión de los cordones vecinos al foco hemorrágico que desaparece gradualmente.

La anestesia en la hemorragia cerebral, es algunas veces parcial siendo debida á que, los cordones nerviosos sensitivos, al principio lesionados, vuelven cada uno poco á poco á su estado normal.

La anestesia cerebral no es tan profunda y la sensibilidad vuelve paulatinamente; además la anestesia sensitivo-sensorial no es tan completa, quedando varios órganos de los sentidos indemnes á causa de tener cada uno una localización diferente.

A menudo las enfermedades de la parte posterior de la cápsula interna están unidas á perturbaciones motoras con rogez de la piel, elevación de la temperatura y sudores profusos.

No teniendo la hemianestesia sensitivo-sensorial los caracteres enumerados mas arriba que generalmente se observan en las de causa cerebral y presentando todos los de la hemianestesia histérica, manifestándose en una enferma que sufre de ataque de esta neurosis,

diagnosticamos que la hemianestesia de este caso es de origen histérico, lo que el tratamiento nos viene á afirmar en nuestra opinión, curándola por medio de la sugestion hipnótica en un lapso de tiempo sumamente corto.

De lo expuesto se deduce que nuestra sujeta se encontraba enferma de una hemorragia cerebral asociada á una hemianestesia histérica.

IV

TUMOR CEREBRAL — HISTERIA

Margarita S. . . . . holandesa, planchadora, de 38 años de edad, casada, entró al hospital de la Pitié el 10 de Octubre de 1895 á la sala Grisolle, cama número 35.

Antecedentes hereditarios.—El padre ha muerto de hemorragia cerebral y la madre de un accidente. Tiene dos hermanos que se encuentran bien de salud.

Antecedentes personales.—Tiene cuatro hijos vivos que gozan de buena salud; dos hijos se le han muerto, uno de meningitis á la edad de siete años y el otro á causa de un accidente.

Ha tenido dos abortos el primero de tres meses y medio y el segundo de cuatro meses.

No ha tenido enfermedades de la infancia; pero ha sido siempre débil y sujeta á síncopes.

Hace como cinco ó seis años que sufre de insomnios, dolores de cabeza al nivel de la parte superior y media, en la frente, siendo estos dolores mucho mas intensos durante la noche.

Vértigos acompañados de zumbidos de oidos produciéndose cinco ó seis veces por dia; cuando el vértigo es muy intenso, es acompañado de percepciones luminosas y algunas veces de vómitos.

Los dolores presentaron el mismo carácter durante los dos ó tres primeros años y hace dos años tres meses, después del último aborto, los dolores son continuos, muy vivos, mucho mas fuertes durante la noche y al mismo tiempo alucinaciones de la vista, viendo á menudo animales que quieren precipitarse sobre ella, y los compara á animales de fuego.

Estas alucinaciones han durado seis meses, después han desaparecido mientras que la cefalálgia ha persistido siempre.

La enferma no presenta ningún signo de haber tenido sífilis; ella no ha conocido ninguna enfermedad venérea en la persona de su marido, quien según ella tomaba píldoras y ioduro de potasio.

En el hospital de Troyes, donde él ha permanecido durante los seis últimos meses de su vida, lo han cu-

rado con mercurío. Era alcohólico y ha muerto loco.

Nuestra enferma ha tenido durante seis meses edema malcolar doloroso con una ulceración á la pierna izquierda. Al mismo tiempo diplopia y hemiopía. Esta hemiopía persiste durante cinco á seis meses, ella es intermitente viniendo á causa de los dolores de cabeza. La hemiopía desaparece mucho tiempo antes que la diplopía. En seguida ella constata una disminución de la vista del lado izquierdo y nuevamente se observa la hemiopía. Ella no veía más que la mitad derecha de los objetos y esta mitad era vista doble; una de las imágenes era colocada delante de la otra, más clara y más neta. Estos fenómenos duran de cinco á seis meses, después desaparecen totalmente, pero persiste una disminución de la agudez visual de los dos lados y desde hace 18 meses la vista está completamente perdida á la derecha.

Hace quince meses el párpado inferior del ojo derecho empieza á caerse. La vista del lado izquierdo no ha disminuido tan pronto como la del derecho y persiste un poco, pero la enferma acusa una especie de neblina delante de su ojo.

Desde Enero del 95 tiene mucha dificultad para levantar el párpado superior izquierdo.

El exámen oftalmoscópico fué hecho por el doctor Panas en Enero del 95 quien ha constatado lo siguiente:

Doble ptosis intermitente, un poco más acusada al ojo derecho con paralisis completa del elevador del párpado superior. Pupila derecha dilatada é inmóvil no reaccionando á la luz pero reaccionando á la acomodación. Los movimientos asociados son conservados. Pupila izquierda reacciona normalmente. Iritis antigua. Los movimientos binoculares hacia arriba, hacia abajo y hacia la izquierda de la enferma están conservados. Todos los músculos oculares funcionan regularmente salvo el recto externo derecho.

El sentido muscular á la derecha está casi abolido.

Ojo izquierdo: pequeño estafiloma miopíco colocado arriba y hacia afuera.

Ojo derecho: estafiloma miópico, lesiones maculares.

Diagnóstico: atrofía óptica.

Abril 11, 1895.—En un nuevo examen oftalmoscópico se constata lo siguiente: el recto externo izquierdo, se encuentra como el recto externo derecho, moviéndose con dificultad. Lo demás como en el exámen anterior. Hace dos años que la enferma se apercíbe

primero que el brazo, la pierna y la cara y luego del lado derecho, se vuelven poco á poco insensibles, al mismo tiempo ella manifiesta una disminución del oído, del olfato y del gusto. Esta insensibilidad es completa en dos meses, quedando después estacionaria.

Hace un año que ella se queja de hormigueo en el miembro superior derecho, de un poco de edema de la mano derecha y de dolores intermitentes. Poco tiempo después, ella nota una disminución de la fuerza del miembro superior derecho y más tarde de la pierna derecha, esta debilidad ha ido aumentando progresivamente hasta Junio de 1895.

Desde un año á esta parte le sucede algunas veces no poder pronunciar ciertas palabras; su lengua se encuentra como pegada al suelo de la boca, y este estado dura de un cuarto de hora á tres horas. En esta misma época pierde un poco de memoria. Algunas veces se apercibe con sorpresa que no puede recordar lo que ha hecho el día anterior.

La enferma ha cambiado notablemente de carácter, se ha vuelto muy irritable, y al mismo tiempo las ideas de suicidio no la abandonan un momento.

Los vértigos la molestan mucho, de mañana al levantarse ó durante el día si ella se baja y se levanta,

si ella ejecuta un movimiento un poco brusco, algunas veces aún en la cama le parece que ella dá vuelta sobre si mísma y algunas veces se cae, pero no pierde el conocimiento. Los vértigos existen desde hace cinco ó seis años, y vinieron después de una contrariedad; ella sentía que giraba al rededor de una silla, viéndose obligada á apoyarse contra un mueble para no caerse.

Eetado actual (12 Octubre 1895).—La sensibilidad al tacto, al dolor y á la temperatura, ha desaparecido en el lado derecho; hemianestesia total á la derecha. La enferma no oye el tic-tac de un reloj, no siente el amoniaco por la nariz derecha y no apercibe la quinina depositada sobre la mitad derecha de la lengua. En el lado izquierdo no existen perturbaciones sensoriales.

El sentido muscular está muy disminuido; la enferma no se dá cuenta de la posición que ocupa en la cama la pierna derecha, tiene mucha dificultad para encontrar su mano derecha con la izquierda teniendo los ojos cerrados. No tiene la noción de los movimientos que se le imprime á sus miembros superior é inferior derechos.

El sentido muscular es normal á la izquierda.

El reflejo rotuliano es muy fuerte á la izquierda, un

poco menos á la derecha. La percusión de los tendones de los músculos adductores del pie dan un reflejo fuerte de los dos lados, mas brusco á la izquierda. El reflejo del puño, del triceps braquial y del tendon de Aquiles son normales—mas bien fuertes. El reflejo faringeo abolido.

La enferma camina sobre el borde externo del pie izquierdo y sobre la punta del pie derecho; parece que la posición del pie izquierdo sea debido á un espasmo de los músculos adductores.

La motilidad está muy disminuida en los miembros superior é inferior derecho, ella resiste apenas á la extensión y á la flexión de los miembros. Ausencia de epilepsia espinal.

Exámen eléctrico.—Si se hace pasar una corriente farádica intensa en el brazo derecho, la enferma no siente nada. Si se hace pasar una corriente galvánica intensa en el mismo brazo se provoca un dolor y enseguida el pasage de una corriente farádaca es percibida y una coloración roja con elevación de la temperatura local se produce.

La tonicidad del esfinter vesical está notablemente disminuido. Desde hace dos años existe incontinencia de orina y algunas veces retención.

La constipación es constante.

La pupila izquierda reacciona á la luz y á la acomodación. Caida del párpado superior derecho y pereza en la elevación del párpado superior izquierdo. Disminución notable de la agudez visual del ojo derecho; con este ojo ella distingue todavía la luz del dia y vagamente los dedos que puede todavía contarlos.

Octubre 13.—La impresión de la luz sobre el ojo derecho no tiene ninguna acción sobre los movimientos de la pupila izquierda. La impresión de la luz sobre el ojo izquierdo, determina una contracción de la pupíla izquierda y al mismo tiempo de la pupila del ojo derecho. Cuando cierra el ojo izquierdo la pupila izquierda se dilata y la derecha sigue este movimiento. Ninguna perturbación digestiva ni respiratoria.

La menstruación ha cesado hace 3 años.

Octubre 22.—Reflejos cutaneos conservados á la derecha; reflejos de la cornea, de los párpados y de las pestañas, están conservados aunque hay anestesia en este nivel.

La enferma siente el pasage de una corriente galvánica en el antebrazo; enseguida, si se hace pasar una corriente farádica, la siente igualmente y si un momento después se la pica fuertemente con un alfiler, la

enferma siente un ligero dolor que ella compara á una picadura; mientras que antes del pasage de las corrientes eléctricas no sentía absolutamente nada, y aun mismo después del primer exámen eléctrico, el pasage de las corrientes farádicas y galvánicas no había podido despertar la sensibilidad al dolor.

En el brazo, la espalda y la cara, siente bien el pasaje de la corriente faradíca que es dolorosa aun, sin que la corriente sea muy fuerte. La picadura en la cara es percibida igualmente y mejor al fin del examen que al principio. Sentido muscular siempre nulo.

Octubre 25.—La sensibilidad ha reaparecido y la enferma siente una picadura sin que sea necesaria la aplicación previa de la corriente galvánica. El sentido muscular es conservado en los músculos de la espalda, pero siempre abolido para los músculos del brazo.

Siente cuando la hincan si es bastante fuerte, pero no puede localizar sino de una manera bastante vaga.

La corriente farádica la siente sin tener necesidad de hacer pasar una corriente galvánica previamente; al fin de la experiencia llega á sentir una corriente sumamente débil (la bobina inducida en la extremidad de la bo-

bina inductora). La sensibilidad es mayor; la enferma siente la picadura de un alfiler, aun débil, en todo el miembro superior pero no puede localizar sino las de la mano y del brazo.

Octubre 26.—No siente absolutamente nada si se le mueven los dedos pues el sentido muscular está abolido. Si se le ordena pensar en un número, entre 1 y 30 por ejemplo; le cerramos los ojos y le levantamos regularmente el pulgar un cierto número de veces, á un momento dado, el enfermo resiste al movimiento que le imprimimos y este movimiento coincide con la indicación del número pensado.

Esta experiencia ha tenido éxito desde la primera vez y siempre. Si se le levanta fuertemente el dedo un cierto número de veces y le decimos en seguida que piense un número, el número pensado corresponde al número de veces que le hemos levantado el dedo.

Si le ponemos un lapiz en los dedos y aplicamos la punta sobre una hoja de papel y se le dice que piense en un número, escribe sobre el papel de una manera bastante clara, que se puede leer, el número pensado; por el contrario, si la hacemos trazar mecánicamente con el lapiz los nombres de algunos objetos so-

bre el papel, no se puede llegar á sugerirle la idea de esos objetos.

Si le hacemos pasar letras delante de sus ojos, ella dice que no las vé. Si le decimos que piense en una letra y le pedimos que elija una de las que tiene delante de ella, la letra elejida no corresponde á la pensada.

Ella vé todavía con el ojo izquierdo lo bastante para dirigirse en la sala ó seguir una persona.

Noviembre 8.—La enferma siente nuevamente dolores de cabeza análogos á los que había tenido otras veces; este dolor es contínuo noche y día, pero mucho más fuerte desde las 3 ó 4 de la mañana hasta medio-día; el dolor se pasa un poco en la tarde, se localiza en la parte media y superior de la cabeza, en la frente, en las regiones temporales y encima de los ojos, irradiándose un poco atrás, hácia la nuca.

Es en la parte superior y media de la cabeza donde el dolor es mas intenso, la presión es muy dolorosa en esta parte y encima de las órbitas.

Dolores en las extremidades de los miembros, sobreviniendo á horas irregulares; son puntadas dolorosas que duran 5 ó 6 minutos haciéndose mas intensas por la presión.

Cuando la crisis dolorosa ha concluido, la enferma no siente absolutamente nada ni expontáneamente ni á la presión. Los dolores aparecen también en el talon, los dedos del pie y las articulaciones de los miembros inferiores. Siente dolores continuos en la espalda y en la región hepigástrica.

La enferma vomita todos los medicamentos y bilis; nunca los alimentos.

Con el ojo derecho no distingue el dia de la noche, las luces que pasamos delante el ojo no las percibe; con el ojo izquierdo distingue desde su cama la luz de la ventana, pero no ve ni los barrotes de hierro ni los objetos que se encuentran al lado. Ella distingue como una sombra las personas que pasan entre su cama y la ventana. Si le mostramos los dedos ella distingue una sombra pero no los puede contar.

Noviembre 15.—A causa de los dolores persistentes, de las perturbaciones visuales y de los vómitos, se decide una intervención quirúrgica. Trepanación al nivel de la abolladura parietal derecha; abertura de 4 centímetros de largo por 3 centímetros de ancho; el hueso es espeso y duro.

No se hace insición á la dura madre, no se constata tumor. Drenage á la gaza iodoformada y sutura del

cuero cabelludo. Inmediatamente después de la operación la enferma ha podido contar los dedos que se le mostraban.

Al dia siguiente la visión es idéntica á los dias precedentes, no tiene dolor del lado izquierdo de la cabeza y pretende poder levantar mas fácilmente el párpado superior izquierdo.

Noviembre 19.—No tiene dolores al lado izquierdo, pero sí al lado derecho y los movimientos del globo ocular derecho son dolorosos.

Noviembre 24.—La enferma levanta mas fácilmente el párpado izquierdo. Puede contar los dedos varias veces. Se queja siempre de los dolores del lado derecho, de la cabeza y del ojo del mismo lado. Siente desde hace dos dias ruidos en la cabeza.

Diciembre 13.—Se le hace una punción raquideana que da salida á 20 centímetros cúbicos de un líquido amarillento muy claro.

El dolor de cabeza ha disminuido un poco.

La porción correspondiente á la trepanación se ha deprimido y se ha convertido en una superficie cóncava como si el cuero cabelludo hubiéra sido aspirado.

Diciembre 17.—Se queja de dolores de cabeza muy fuertes con latidos en la parte superior de la cabeza

é insomnio. La parte trepanada es deprimida considerablemente.

La sensibilidad es normal al brazo y á la pierna derecha, esta es un poco dolorosa.

La enferma puede contar los dedos de la mano pero no tan bien y como antes de la operación.

En este momento la enferma sale del hospital.

A un primer interrogatorio la enferma se queja de insomnio, de fuertes dolores de cabeza, siendo más intensos durante las noches, de vértigos, de vómitos, de zumbidos de oídos, que ve doble, que ve la mitad de los objetos; estaba constatada una disminución progresiva de la vista, una debilidad que aumentaba diariamente en el miembro izquierdo que es insensible y el sitio de adormecimientos; al lado izquierdo igualmente ella percibe mal las impresiones sensoriales (gusto, olfato, oído, vista). La memoria ha disminuido, su carácter se ha vuelto irritable y al mismo tiempo nos comunica que M. Panas ha constatado una atrofía óptica en el ojo izquierdo.

Cuando uno la examina se apercíbe en seguida de la caída del párpado superior derecho y verifica fácilmente todos los síntomas que ella presenta.

Un tal conjunto de síntomas hace pensar inmediatamente en una lesión orgánica.

Los tumores cerebrales son amenudo diagnosticados con la mitad de síntomas que presenta nuestra enferma.

Creo que en el caso presente se puede afirmar se trata de un neoplasma intracraneano, pero un exámen más profundo de la observación de la enferma nos pone de manifiesto que algunos de los síntomas no pueden ser atribuidos á una lesión orgánica. En efecto, vemos que el reflejo faringeo está totalmente abolido, mientras que los otros reflejos son más bien exagerados; que la hemianestesia es exactamente limitada á la mitad izquierda del cuerpo; que ella se acompaña del mismo lado de perturbaciones sensoriales; que se trata en este caso de perturbaciones sensitivas no siendo superficiales y sí bastante profundas, puesto que los movimientos forzados, que se le hace ejecutar á los miembros enfermos, no solamente no provocan ninguna dificultad, sino que ella no los apercibe y no se da cuenta de la posición que se les da á los miembros.

Además vemos que esta anestesia es influenciada por la sugestión al estado despierta, que basta ha-

cer pasar una corriente galvánica en los miembros para que con la corriente, la picadura de un alfiler sea percibida. Fenómenos que no se constatan en una hemianestesia de causa orgánica.

Lo mismo sucede con las alteraciones del sentido muscular teniendo en cuenta la descripción que hemos hecho.

Siendo imposible explicar todos los síntomas, tal cual ellos se presentan, atribuyendo á una lesión orgánica, hay que agrupar aquellos que no le pertenecen y constituir, si es posible, otra entidad mórbida que se revela por estas manifestaciones.

No es difícil diagnosticarla, pues, se trata de perturbaciones dinámicas y en una neurosis es únicamente donde se puede observar esta hemianestesia sensitiva sensoriales profundas, modificadas inmediatamente por una influencia sugestiva cualquiera,esta neurosis es la histéria.

El conocimiento de esta asociación no puede desgraciadamente en nuestro sugeto serle de una gran importancia terapéutica; porque si se puede por un tratamiento psíquico hacer desaparecer los síntomas poco incómodos que se relacionan con la histéria, quedará y de ahí la gravedad del pronóstico, la lesión

orgánica profundamente situada la cual no podrá ser atacada quirurgicalmente.

La operación que se le ha efectuado ha tenido por objeto disminuir los fenómenos de compresión, de manera de procurar aliviar á la enferma que un tratamiento antisifilítico no la había mejorado.

No es menos interesante hacer esta disociación, pues en otros casos si se contentase con diagnosticar una ú otra de las dos enfermedades, se expondría á cometer errores de pronósticos perjudiciales al enfermo; por ejemplo: si se atribuye todo á la histéria se perdería tiempo queriendo hacer desaparecer ciertos síntomas por la sugestión, electricidad, etc., sin ningún resultado y tal vez no se haría beneficiar de una intervención útil en el caso que el tumor fuese accesible, y si la histéria pasa desapercibida, los síntomas que ella engendra podrán conducir á una localización falsa del tumor.

V

HEMIPLEGÍA INFANTIL DE ORÍGEN CEREBRAL É HISTÉRIA

Augusto R..... de 3 años y medio de edad, se presenta acompañado de su padre al consultorio externo del servicio del Dr. Babinski en el hospital de La Pitié el 3 de Febrero de 1896.

Antecedentes hereditarios.—El padre del pequeño enfermo goza de buena salud. La madre ha estado enferma de mielitis transversal, 11 meses después del nacimiento de su hijo. Ha muerto en 1893.

Antecedentes personales.—El niño ha empezado á caminar á la edad de cuatro años, y el padre dice que el lado derecho del cuerpo ha estado siempre más débil que el lado izquierdo. Bajo el punto de vista intelectual, el niño ha mostrado una gran precocidad; á la edad de 15 meses hablaba de una manera muy in-

teligible, comprendía lo que le decían y se hacía comprender fácilmente.

Después de dos años, la salud del niño, que hasta entonces, salvo lo que acabamos de mencionar, no había sufrido ninguna perturbación, ha estado un poco atacada; la perturbación consiste en una modificación en el estado psíquico; de tiempo en tiempo, sin causa apreciable, ó algunas veces cuando el niño ve alguna persona reir, es atacado de acceso de llanto que dura un tiempo más ó menos largo.

De otra parte, el niño, que como decimos al principio se había desarrollado rápidamente bajo el punto de vista intelectual, parece sentir mas dificultades en los estudios escolares que los condiscípulos de su edad.

En Diciembre de 1895 se manifestaron por la primera vez ataques de nervios que vinieron sin causa apreciable y que presentaron los caracteres siguientes: el enfermo siente dolores vivos que cambian de lugar de un instante á otro, se pega en ese momento con las manos en las partes del cuerpo donde existe el dolor, siendo estos movimientos según él, independientes de su voluntad;—cuando el dolor ocupa la región lumbar, el niño ejecuta movimientos alternativos de flexión y de extensión del cuerpo,—hace *el arco de círculo;* no

pierde jamás el conocimiento, juega inmediatamente después de la crisis y no deja escapar sus orinas.

Constatamos examinando el enfermo, una palidez excesiva, un aspecto raquítico y anémico, una monoparesia crural derecha; el miembro inferior derecho es mas delgado que el izquierdo, el pie derecho cae un poco, el enfermo lo flexiona con una cierta dificultad, la flexión de los dedos de dicho pie sobre el metatarso es extremadamente limitada, la marcha es á pesar de esto bastante fácil y cuando el pie está calzado, se nota solamente una ligera claudicación que podría pasar desapercibida si la atención no se dirígiese á esta parte del cuerpo—la contracción farádica de los músculos de los miembros inferiores es normal. El reflejo rotuliano del lado derecho, es manifiestamente mas fuerte que el reflejo rotuliano izquierdo; el cosquilleo de la planta del pie derecho produce la extensión de los dedos (fenómeno de los dedos del pie), mientras que el cosquilleo de la planta del pie izquierdo, es seguido de una flexión de los dedos. No presenta perturbaciones ni de la sensibilidad, ni de los sentidos, ni tróficas.

El miembro superior derecho está dotado mas ó menos del mismo vigor que el miembro superior izquierdo, á pesar que el niño se sirve mas amenudo del

brazo izquierdo; es necesario notar también que el reflejo del triceps braquial derecho es un poco mas fuerte.

No presenta ningún estigma permanente de la histeria.

En la tarde del 3 de febrero el niño ha tenido un ataque nervioso que ha evolucionado de la manera siguiente: en el momento de la comida, como á las seis y media de la tarde, el pequeño enfermo ha empezado á sentir una sensación de picazon en la espalda, signo precursor del ataque y le fué posible de hacer un largo trayecto á pie hasta mi casa donde se presenta con su padre. Cinco minutos después de haber llegado, empieza el ataque. El niño presenta al principio contracciones bilaterales de los músculos de la cara, no teniendo ninguno de los caracteres de las convulsiones epileptiformes; inmediatamente después se pone á gritar y á pegarse en el pecho, estando el enfermo hàsta este momento sentado en una silla. Hago aproximar un sofá y digo vamos á acostarlo y ejecutará movimientos del tronco *en arco de circulo;* el niño una vez extendido ejecuta en efecto inmediatamente los movimientos en cuestion. Durante todo este tiempo el enfermo estaba conciente de lo que pasaba alrede-

dor de él, abría la boca,sacaba la lengua, etc., cuando se le ordenaba. La fisonomía no presentaba ninguna alteración; y dirigiéndome al padre le digo: este estado no presenta ninguna gravedad, si estos ataques se repiten será necesario separarse de su hijo y colocarlo en una casa de aislamiento—Al momento mismo que estas últimas palabras fueron pronunciadas, el ataque se termina, el niño vuelve á su estado normal sin sentir ninguna fatiga. Este ataque es el solo que el enfermo ha tenido el 3 de febrero, dia que había venido de Rennes á Paris; el dia anterior había tenido 15 ataques y el niño mismo agrega que en el dia de mañana seguramente tendrá un gran número de ataques.

Durante y después del ataque, los reflejos tendinosos han sido explorados, no presentando ninguna diferencia del primer exámen hecho por la mañana del mismo día. Estos ataques se producen en diferentes momentos del día. Por la mañana al despertarse casi siempre tiene un ataque y jamás se ha producido durante el sueño.

El pequeño enfermo no ha caído bruscamente y no ha tenido ataques en la calle; cuando le sucede sentír fuera de su casa un signo precusor del ataque, siempre tiene tiempo de ir hasta su casa.

El tratamiento prescripto es el siguiente: hidroterápia, preparaciones arsenicales, además se observa al niño que si su estado no se mejora inmediatamente se lo separará de su padre para colocarlo en una casa de aislamiento (modo de sugestión).

El 20 de Marzo de 1896, traen nuevamente al enfermo; los primeros días que han seguido á la visita del 3 de Febrero ha tenido varios grandes ataques, se levantaba, mas bien dicho saltaba de su cama, subía nuevamente siempre saltando «como si diera saltos mortales» dice el padre, gritando al asesino. Pero bien pronto su estado se mejora de una manera notable y los ataques no tardaron en disminuir en intensidad y frecuencia. Ninguna otra modificación.

El 27 de Junio de 1896 vuelve otra vez á vernos. Después del mes de Abril el niño se encuentra casi completamente en su estado normal, aunque le sucede, casi todas las noches al momento de acostarse, ó también cuando tiene una emoción, sentir en una ú otra parte del cuerpo una sensación de hormigueo que no dura sino un instante, y que parece ser un vestígio de las perturbaciones que ha presentado.

Los fenómenos objetivos, fenómeno de los dedos

del pié, atrofia de los músculos,etc., se encuentran en el mismo estado.

Diagnóstico.—Hemiplegia infantil de orígen cerebral é histeria. Esta hemiplegía infantil no puede tener por orígen una poliomelitis anterior;la ausencia de perturbaciones en la contractibilidad eléctrica, la exageración de reflejos lo prueban.

Se trata incontestablemente de una lesión orgánica del encéfalo; la exageración de reflejos tendinos de los miembros superiores é inferiores derecho, el fenómeno de los dedos del pié constituyen argumentos que me parecen perentorios.

Los ataques nerviosos, á los cuales estaba sujeto el niño, presentaban todos los caractéres de los ataques histéricos. De lo que concluyo en la asociación de estas dos enfermedades.

VI

TIC É HISTERIA

Pablo J. . . . . jornalero, de 33 años de edad, soltero, entró al hospital de La Pitié en el servicio del Dr. Babinski.

Antecedentes hereditarios.—El abuelo materno murió loco. El padre murió á los 40 años, no era alcohólico, madre histérica, murió á los 40 años repentinamente de una enfermedad del corazón.

Antecedentes personales.—A la edad de seis años ha tenido la coqueluche, á los 10 años empieza á tener contracciones convulsivas de los músculos de la cara, sobreviniendo estas sin causas apreciables. A los 16 años una pleuresia del lado izquierdo que le duró 3 meses, y á los 20 años una blenorragía y tres recidivas. No tiene sífilis. Es pederasta.

Durante la convalecencia de la pleuresía ha tenido

por la primera vez un ataque de nervios idéntico á los que presenta actualmente. Ellos principian por una sensâción de frío, de picazón y de parálisis del pulgar izquierdo; esta sensación se propaga al antebrazo, á la mitad izquierda del tronco, después al miembro inferior izquierdo siendo seguida de una contracción tónica de los miembros, del tronco, del cuello y de la mandíbula inferior, los dedos son fuertemente flexionados y el pulgar en pronación. La rigidez del brazo izquierdo precede siempre las contracciones durante un tiempo que varía entre cinco y diez minutos. Esta contracción es seguida de un temblor que dura algunos segundos. Durante el período de contracción el lado izquierdo es más rígido que el derecho y durante el temblor es el lado derecho que tiembla más. Una segunda contracción seguida de temblor, se produce inmediatamente después de una duración un poco mayor. Nuevos ataques se reproducen los unos después de los otros, siendo cada vez de mayor duración para disminuir gradualmente de intensidad y de duración.

Los ataques duran algunas veces dos horas. Al principio ellos aparecían todos los 2 meses, á la edad de 20 años, durante un año de servicio militar ha tenido solamente 3 ataques.

Después que ha salido del servicio militar heredó una fuerte suma de dinero y cometió excesos de todo género, presentándose nuevamente los ataques con la frecuencia de antes, es decir, una vez todos los dos meses.

Hace tres años tuvo un fuerte ataque acompañado esta vez de pérdida de conocimiento, quedando imposibilitado para caminar sin ayudas de muletas, habiéndole durado esta impotencia cerca de siete meses. Se restableció poco á poco bajo la influencia del bromuro de potasio. Después ha tenido pequeños ataques y en 1894 un nuevo ataque con pérdida de conocimiento y dificultad en la marcha.

Cinco meses más tarde entra al hospital

Estado actual.—Cuando el enfermo está sentado parece á primera vista bastante calmado, pero examinándolo de cerca, se vé que de tiempo en tiempo hace muecas con la cara, acentuándose estos movimientos cada vez más. De pronto lleva la mano derecha á la cara, que continúa haciendo muecas, y ejecuta un cierto número de pequeños movimientos como para frotarse la mejilla, la naríz, tirarse los bigotes, prenderse el saco, etc. Todos estos pequeños movimientos son siempre los mismos, se producen por séries inte-

rrumpidas por intérvalos de calma, pero ní en su ejecución, ni en el órden segun ellos se produce, no se constata ningun ritmo. En el intérvalo de la crísis, algunas veces se queda tranquilo y otras veces está sumamente agitado, y parece que no puede quedarse en un mismo sitio.

Si se le ordena que escriba, toma la pluma pero antes de escribir parece que reflexiona, las muecas se acentúan, lleva la mano derecha à sus bigotes y lo que escribe es correcto y sin faltas ningunas. La lectura lo cansa rápidamente á consecuencia que la vista ha disminuido notablemente.

Si se le ordena que se levante y camine ayudado por dos personas que lo sostengan por el brazo, se constata que la pierna izquierda es rígida y no se separa del suelo mientras que la pierna derecha está animada de un temblor intenso que lo obliga à saltar sobre esta pierna.

En el miembro inferior izquierdo se nota hasta el tercio inferior del múslo una abolición de la sensibilidad al dolor, bien que la sensibilidad al tacto sea conservada, el frio y el calor son sentidos 20 segundos después del contacto, el retardo no es mas que de 10 segundos para los dos tercios superiores del muslo.

El sentido muscular es conservado.

Al miembro inferior derecho mismo retardo en la percepción del frio y del calor, además la aplicación de un fósforo prendido en la pierna y en el tercio inferior del muslo produce el efecto de una picadura, á la parte superior del muslo el calor es percibida.

Los reflejos rotulianos son normales. Al tronco la sensibilidad del lado izquierdo está un poco disminuida. Una zona anestésica al tacto, al dolor, al frio y al calor se encuentra debajo de la tetilla izquierda estendiéndose hasta el borde de las costillas falsas. Al lado derecho la picadura de un alfiler no es sentida, existiendo un retardo apreciable en la percepción del frio.

En los miembros superiores la alteración de la sensibilidad está repartida por zona, asi en el brazo izquierdo la sensibilidad al tacto, al calor, al dolor y al frio no se percibe salvo en el pliegue del codo y en la parte inferior é interior donde se encuentra normal; al antebrazo del mismo lado la sensibilidad es conservada en los tres cuartos superiores de la parte anterior. Abolición completa en el resto del antebrazo.

En el brazo derecho anestesia de la parte anterior.

En la mitad izquierda de la cara existe anestesia total.

Anestesia bucal y pérdida del gusto. El reflejo faríngeo está abolido. El enfermo no apercibe ningùn olor.

Discromatopsia: el violeta lo ve azul, el verde amarillo y el rosa rojo.

Estrechez del campo visual. Hiperestesia raquidiana.

Desde hace algún tiempo su caracter está un poco triste y tiene una amnesia de las cosas recientes. Repite siempre una misma palabra.

En presencia de estos síntomas pensamos que una gran parte de ellos serian mejorados por el hipnotismo. Después de tres ensayos lo duermo de un sueño profundo y le afirmo con insistencia que puede caminar como una persona sana sin saltar, sin temblar, y en seguida el enfermo obedeciendo á mi sugestión camina perfectamente.

Le aseguro que cuando se despierte estará curado y que caminará tan bien como caminaba antes de tener los ataques.

Le aseguro igualmente que sentirá el frío y calor inmediatamente que un cuerpo frio ó caliente lo toque.

Cuando se despierta constatamos que camina como una persona sana, pero que tiene todavía un retardo

de 15 segundos en la percepción del calor; al día siguiente nueva sesión de sugestión al estado hipnótico y no tiene más que 10 segundos de retardo en la percepción del frio. En fin, al cabo de algunos días todo retardo ha desaparecido. Varias veces he ensayado de hacer desaparecer por la sugestión los tics de la cara, no habiendo obtenido ningun resultado.

Cuando el enfermo sale del hospital algunas semanas después las perturbaciones de la sensibilidad y de la marcha, habían desaparecido totalmente, pero el tic persistía.

He vuelto á ver nuevamente al enfermo un año después de haber salido del hospital, y he constatado lo siguiente: la marcha es normal y por sugestión he podido hacerla presentar los caractéres que tenía cuando entró al hospital, las perturbaciones de la sensibilidad ha desaparecido, los tics han persistido.

Con la constatación de los síntomas precedentes, creo que estamos en presencia de un caso de histeria asociado á un tic. En efecto, los tics que dependen de la histeria tienen un principio brusco, se declaran después de un ataque, después de una violenta emoción. En nuestro enfermo como se observa habitualmente en la enfermedad de tic, el principio ha sido lento y ha

precedido mucho tiempo antes el primer ataque de histeria.

La evolución es igualmente diferente, en la histeria las manifestaciones episódicas, como los movimientos involuntarios, son casi siempre curables mientras que la enfermedad de tics es tenáz, en nuestro enfermo por diferentes modos de tratamiento hemos llegado á hacer desaparecer todos los otros síntomas á excepción de los tics. El enfermo pronuncia cuatro ó cinco veces seguida un sonido articulado la palabra *oui*, y esto á pesar de todos los esfuerzos que hace para no pronunciarla.

Este último síntoma se observa solamente en la enfermedad de ties si la histeria se acompaña algunas veces de manifestaciones sonoras del aparto de la fonación, son de sonidos inarticulados.

No es siempre fácil hacer como en este enfermo; la disociación de estas dos enfermedades siendo de un gran interés porque el pronóstico es completamente diferente según el caso. Si los movimientos involuntarios son de naturaleza histéricos se puede esperar hacerlos desaparecer, mientras que si se trata de una manifestación de la enfermedad de tics, es incurable.

EDUARDO P. RUEDA.

BIBLIOGRAFÍA

RUSSEL.—*Med. times and Gaz, London 1872.*

CHARCOT.—*Progrès Medicale, 1876.*

CHARCOT.—*Leçons sur les maladies nerveuses.*

JANOT.—*Revue Médicale de Toulouse, 1879.*

LUTHONH.—*Neurasthenia andhisteria cure by massage retre fendis, Chicago Med. Gaz., 1880.*

WITCHILL.—*Neurasthenia and histeria and their treatment, Chicago Med. Gar 1880.*

ELBEN R.—*Talle Med. Cor Bl. d. wurttemb arzt ver Stutty, 1887.*

USPENSKI M. V.—*Bluchai istericheskoi gluchot poslie dyuchstovomjago gnoinago otita Laitofs Khiruyj obsk v., Mosk 1881.*

PLAIFOR.—*The Lancet, London.*

SEGUI.—*Hystero-epilepsie compliqué de chorée*

CHAVANIS.—*Observation de néorite du plexus brachial avec contracture chez une hysterique, Loire Med. St. Etienne 1884.*

GRASSET.—*Montpelier Médicale, 1884.*

BORDONI.—*Iperdemia istérica periodica é urticaria concomitante Boll. de trat i cult et se méd. en Lion a 1886.*

DOBONE.—*De l'apoplexie hystérique, Bulletin Medical, 1886.*

ACHARD. --*Apoplexie hystérique archiv. gèn de médecine, janv. et fév. 1887.*

CHARCOT.—*Hémianesthesie histérique et hémianesthesie toxique, Bulletin Médical, 1887.*

LETULLE.—*De l'hysterie dans !e saturnisme, Bull. Med. 87.*

LETULLE.—*De l'hysterie mercurielle Soc. med. des hôp.. 24 août 1887.*

GEINON.—*Maladies des tics et hystérie, Revue de Médecine, Juin 1887.*

MATHIEU A.—*Neurasthénie et hysterie combinées, Progrés Medicale, Paris 1888.*

BURKART.—*Zur Behandlung derhyst und neurasth, Berlin Klin Wch., 1887.*

POLAIN.—*Histero-épilepsie et exostose syphilitique, Gaz des Hop., Paris 1887.*

GREINDEUBERG.—*Case of histeria und paralysis agitans, V. San Petersb, 1888.*

BELIN.—*Thèse de Paris.*

LABERGE.—*Tabes et hysterie associées hysterie et colezose enplaques, Gaz. Med. de Montreal, 1889.*

RAYMOND.—*Obs. de rhumatisme chronique associé a l'hyst., Progrés Méd., 1889.*

D'AURELLES DE PALLADINI.—*Thèse de Paris.*

OPPENHEIM.—*Neurolgestes untralblats, 1890.*

REMARK.— » »

MENDEL.— » »

BERNARTZKI.—*Bolintch. Gaz. Botknia, St. Petersb., 1890.*

REGNAULT.—*Gaz. des Hóp., Paris 1890.*

BRISTOWE.—*Brist. M. J., London, 1890.*

SOUQUES.—*Thèse de Paris, 1891.*

GABORIAUD.—*Gaz. de Nantes, 1890.*

MATHIEU.—*Bull et Mémor., Soc. Méd. des Hopitau, Paris 1891.*

HUGHES.— *Aliénist and neurologist. July 22, Saint Louis.*

MAIRET.—*Mercredi Médicale, Paris 1892.*

CHALIN.—*Province Médical, Paris 1892.*

CHARCOT.—*Progrés Médical, Paris 1892.*

BABINSKI.—*Société Médicale des Hopitaux, Paris 1892.*

GRANEDI.—*Gaz. d'Osp., Milano 1893.*

FOURNIER.—*Bull. Soc. Franc. de dermat. et Syphil., Paris 1893.*

CLARK.—*Brain London, 1894.*

RICHARDSON.—*Columbus, M. J., 1894.*

PARRACHIA.—*Gaz. d'app. Milano 1895.*

RUEDA.—*Thèse de Paris, 1896.*

RUEDA.—*Semaine Médicale 1896.*

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Conducta á observar en los casos de Apendicités.

II

Patogenia del síntoma fiebre en la litiasis biliar.

III

Diagnóstico diferencial de la ciática durante sus primeras manifestaciones.

Buenos Aires, Junio 2 de 1897

Pase á los señores Académico: Dr. José Penna, profesor titular Dr. José M. Ramos Mejía y profesor suplente Dr. José A. Esteves, para que constituidos en comisión se sirvan dictaminar sobre la admisibilidad de esta tésis.

ENRIQUE E. DEL ARCA.
Luis M. Acuña.

Buenos Aires, Julio 14 de 1897.

SEÑOR DECANO:

Transcribo á continuación el acta labrada en el dia de la fecha por la comisión revisora de la tésis del ex-alumno D. Eduardo P. Rueda:

« En el local de la Facultad á 14 de Julio de 1897
« reunidos los que suscriben encargados de dictami-
« nar respecto á la admisibilidad de la tésis presenta-
« da por el ex-alumno D. Eduardo P. Rueda y que
« versa sobre «Contribución al estudio de la asocia-
« ción de la histeria con diferentes enfermedades», re-
« solvieron admitirla.

« Con lo que terminó el acto. »

Firmado:—JOSÉ PENNA.—JOSÉ M. RAMOS MEJÍA.—
JOSÉ A. ESTEVES.

Firmado:—Zenón Aguilar.

Luis M. Acuña.

Buenos Aires, Julio 27 de 1897.

Entréguese al interesado esta tésis para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el dia en que haya de ser sostenida.

ENRIQUE E. DEL ARCA.

Luis M. Acuña,

Secretario.