Año 1906 N.º 1657

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSIDERACIONES

SOBRE UN

CASO CLINICO

Perturbaciones en la esfera psíquica y motriz observadas en una histérica á raíz de la ingestión del sulfonal

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

EMILIO VIDAL ABAL

BUENOS AIRES

La Semana Médica, Imp. de Obras de E. Spinelli, Callao 737

1906

CONSIDERACIONES

SOBRE UN

CASO CLÍNICO

Año 1906 N.º 1657

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSIDERACIONES

SOBRE UN

CASO CLINICO

Perturbaciones en la esfera psíquica y motriz observadas en una histérica á raíz de la ingestión del sulfonal

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

EMILIO VIDAL ABAL

BUENOS AIRES

La Semana Médica, Imp. de Obras de E. Spinelli, Callao 737

1906

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. D. JOSÉ PENNA

Consejeros

DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » PEDRO N. ARATA
» » ROBERTO WERNICKE
» » PEDRO LAGLEYZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GÜEMES
» » ELISEO CANTÓN
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» » JUAN A. BOERI (supl.)
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » JAIME R. COSTA

Honorarios

DR. D. ERNESTO ABERG
» » EDUARDO WILDE
» » MARTIN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI
» » EMILIO R. CONI
» » JUAN R. FERNANDEZ

Secretarios

DR. D. JONAS LARGUÍA
» » RICARDO S. GOMEZ

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	» JAIME R. COSTA
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histología teórico-práctica	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	VACANTE
Anatomía Descriptiva	» JUAN D. PIÑERO
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO (con lic.)
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI (con lic.)
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada	VACANTE
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» OBDULIO HERNANDEZ
Medicina Operatoria	» ADALBERTO RAMAUGÉ (con lic.)
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
» Dermat.ª y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO (con lic.)
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA (con lic.)
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pediátrica	VACANTE
Patologia General	» ROBERTO WERNICKE
Clínica Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	DR. D. J. GREENWAY
Física Médica	» JUAN JOSÉ GALIANO
Química Médica	VACANTE
Botánica Médica	» VACANTE
Química aplicada á la Medicina	VACANTE
Histología teórico-práctica	» JULIO G. FERNANDEZ
Anatomía Descriptiva	» JOAQUÍN LOPEZ FIGUEROA
Semiología y ejercicios clínicos	» MANUEL A. SANTAS
Anatomía Topográfica	VACANTE
Fisiología General y Humana	» MARIANO ALURRALDE
Anatomía Patológica	» JOSÉ BADÍA (en ejerc.)
Bacteriología	» JUAN CÁRLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
Higiene Pública y Privada	VACANTE
Materia Médica y Terapéutica	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE (en ejerc.)
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE
	» JOSÉ F. MOLINARI
» Oto-rino-laringológica	» WENCESLAO TELLO
	» ELISEO V. SEGURA
» Dermat.ª y Sifilográfica	» M. ABERASTURY
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON
Patología interna	VACANTE
Clínica Oftalmologica	» TEÓFILO A. MORET
» Epidemiológica	VACANTE
» Quirúrgica	» DANIEL J. CRANWELL (en ejerc.)
	» AVELINO GUTIERREZ
	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELO VIÑAS
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
» Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
	» JOSÉ R. SEMPRUN
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA
	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
	» RICARDO COLÓN
	» LUIS AGOTE
	» FANOR VELARDE
Clínica Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO
	» ENRIQUE ZÁRATE (en ejerc.)
	» MIGUEL Z. O'FARRELL
	» SAMUEL GACHE
Toxicología Experimental	VACANTE
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
» Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
» Psiquiátrica	» BENJAMÍN T. SOLARI
	» JOSÉ T. BORDA
Patología general	» ALOIS BACHMANN

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL T. GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MÚJICA
Química inorgánica aplicada..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	» JUAN A. BOERI
Física farmacéutica.....	JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas..	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	VACANTE
Botánica y Mineralogía.....	VACANTE
Química inorgánica aplicada..	VACANTE
Química orgánica aplicada....	VACANTE
Farmacognosia y posología razonadas.....	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física farmacéutica.....	VACANTE
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	VACANTE
Técnica farmacéutica.....	VACANTE
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas..	VACANTE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	VACANTE

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstetrica Parto distócico y Clínica Obstétrica	DR. ENRIQUE A. PARDO (en ejerc.)

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	VACANTE
Parto distócico y Clínica Obstétrica	VACANTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal...	DR. LEON PEREYRA
	» NICASIO ETCHEPAREBORDA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Anatomía, Fisiología, Patología Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal...	VACANTE
	VACANTE

PADRINO DE TESIS

DOCTOR JOSÉ BADÍA

PROFESOR SUSTITUTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

A MIS PADRES

PRÓLOGO

Disposiciones reglamentarias de nuestra Facultad establecen la obligación del Doctorado en su sección de Medicina, é imponen la presentación de una tesis para optar á dicho grado.

Es, en cumplimiento de esta reglamentación, que presento el trabajo que á continuación de este prólogo va agregado.

Al emprender esta tarea final, en mi carácter de estudiante, no he desconocido por cierto, la trascendencia que una tesis de agregación involucra en sí misma, siempre, dadas las circunstancias en que ella nace y que señalan un nuevo estado de cosas, pero esta trascendencia misma, lejos de arredrarme, me alienta, porque con ello se me ofrece una nueva ocasión de poder demostrar á mis maestros que con sus enseñanzas me han hecho *amar la observación*, único patrimonio con que salgo de las aulas.

Mis agradecimientos, pues, á todo el Profesorado en general, y en particular al Doctor José Badía, que me acompaña en este acto.

INTRODUCCION

La observación que motiva el presente trabajo y que tuve oportunidad de recogerla en el Consultorio Central de la Asistencia Pública, me impresionó desde un principio, de un modo tan particular, que me indujo, ya en aquella época (Octubre de 1905), aunque sin un fin determinado, á llevarla cuidadosamente consignada en unas hojas que ahora tengo á la vista.

Las razones que ahora tuve para elegirla como tema para mi tesis de incorporación al Doctorado fueron:

1.º Lo raro del caso, que como ya dije, me impresionó notablemente dado el aparato con que se presentó.

2.º El conocimiento que de la enferma tenía, con anterioridad á este episodio, conocimiento que luego se complementó bastante en el transcurso de un año, desde aquella fecha hasta ahora.

Conjuntamente con esto, las consideraciones á que se presta el caso, me decidieron de una vez por todas, á poner en orden las anotaciones que en aquel entonces hiciera.

CAPITULO I

OBSERVACION CLÍNICA

Comenzaré mi trabajo con una historia detallada del caso sobre el que versarán mis consideraciones.

Se trata de la historia de una joven de 24 años, casada, española, con dos años de residencia en el país.

Cuando levanté la observación en Octubre de 1905 ya le habían muerto los padres á A. C., pero teniendo ésta 23 años de edad y un regular grado de instrucción ha podido suministrar datos, no sólo de las enfermedades que á sus progenitores han aquejado, sino también, y esto es lo más importante, hacernos una descripción psicológica de ambos.

Antecedentes hereditarios. — Según ella dice, su padre, labrador, natural de España, al par que de

sus ocupaciones de labranza, empleaba buena parte del día en litigios y pleitos con sus convecinos, con los cuales mantenía, como se comprende, relaciones muy tirantes.

Este estado de animosidad que en colectividad observaba, lo presentaba con iguales colores, aunque con más intensidad, como se comprende, en el seno de la familia; pues allí le faltaba el freno que la sociedad impone á sus miembros, cuando éstos se separan del camino trillado de las costumbres.

Su carácter litigante en sociedad se manifestaba en casa en forma de carácter irascible, huraño, autoritario; nadie se atrevia á contradecirle ni á desobedecer sus órdenes, no escapando á esto ni su propia esposa, pues la represión violenta seguía al acto de rebelión.

A consecuencia de tal género de vida, y habiendo fallecido su esposa, se aisló de los suyos, echó á todos sus hijos de la casa, y continuó su vida de contiendas, echando raíces el odio que conservó á sus hijos, hasta su muerte, por haber éstos pretendido el reparto de los bienes maternos.

Se mantuvo aislado durante cuatro años, en los cuales malgastó buena parte de sus bienes, no sólo en pleitos sino también en una vida de libertinaje.

Como otros datos complementarios sabemos que no sólo no era afecto á las bebidas alcohólicas, sino que las detestaba.

Su muerte ocurrió en Mayo de 1905.

De la madre se sabe que era de carácter apacible y tranquilo, contrastando sobremanera con el de su esposo; lo cual hizo que éste en varias ocasiones le diera malos tratos, á causa de los cuales falleció hace seis años, de un modo trágico podría decirse; golpes recibidos en el vientre le produjeron una metrorragia de la que falleció á los cinco días.

De los hermanos de la enferma, un varón y dos mujeres, no se sabe que presenten ninguna característica digna de citarse, ó que por lo menos hubiera podido apreciar la enferma. Todos son sanos y residen en el extranjero.

Antecedentes personales.—Llegamos ahora á nuestra enferma, que como vemos por los antecedentes hereditarios indicados, tiene sobre sí el peso de una herencia nerviosa, no muy sobrecargada es cierto, pero sin embargo, no despreciable, más si se considera que estos datos son obtenidos por vía de la enferma que no habrá podido apreciar más que los detalles gruesos.

Nuestra enferma cuenta actualmente 24 años y se ocupa desde su llegada á este país en el servicio doméstico de una familia.

Desde niña fué dedicada por sus padres á las labores de campo, en las cuales se ocupó hasta la edad de 17 años, permaneciendo hasta esta fecha en el hogar paterno, y caldeándose por lo tanto su temperamento, ya de por sí algo susceptible, al calor del ambiente en que tenía que actuar; hacién-

dose cada vez, al par que de una irritabilidad exquisita, de una desconfianza casi sin límites, que presenta actualmente muy acentuada.

Más ó menos por la fecha en que ella contaba 17 años es, que un hecho que perturbó el orden regular de la casa vino á fijar nuevos rumbos á la vida de A. C. y á poner de manifiesto por primera vez su temperamento nervioso.

Ocurrió la muerte de la madre, y es entonces cuando nuestra enferma, probablemente á causa de la emoción que le produjo este hecho, presenta por primera vez, con toda claridad, á los ojos de los que la rodean, el estado de sus nervios. Sufre un ataque del cual no recuerda nada sino por referencias que se le hicieron y que á estar á su descripción semeja mucho al que ha motivado el presente trabajo.

Durante su enfermedad, que duró diez días, estuvo en un estado de excitación contínua, hablaba sin cesar, se movía, reía y lloraba, y en una palabra se hallaba en un estado de completa inconciencia y de perturbación mental profunda.

Era necesario cuidarla continuamente para que no se tirara de la cama, y á este respecto ofrecía algo de curioso; trataba de morder á todos los que se le acercaban, respetando únicamente á una amiga suya, á quien reconocía en verdad solamente por su indumentaria; pues podía cualquier otro acercársele sin temor siempre que llevara puestos los vestidos de la amiga.

Todo el tiempo que pasó encamada, fué luego para ella una laguna en sus recuerdos, no recordaba absolutamente nada de lo que le había ocurrido, y sólo llegó á saberlo por relaciones que se le hicieron y que se resistía á creer.

Ocurrido este episodio, que fué por así decirlo, el que inició la escena, continuó la enferma sus ocupaciones habituales, modificándose muy pronto su estado civil.

En razón de hallarse sola, viviendo transitoriamente en casa de una tía suya, sin más amparo que el que ésta le pudiera prestar, facilitándole la oportunidad de poder dormir bajo techo, es que se decide á abrazar una ocupación profesional que le rindiera algo más que los labores de campo y se hace entonces vendedora de pan.

En estas circunstancias, hallándose en relaciones amorosas con un joven pobre como ella, es solicitado en casamiento por un viudo de 56 años de edad que no había tenido hijos de su primer matrimonio y que poseía regulares medios de fortuna, en relación por supuesto con los que poseía nuestra enferma.

Ante esta ocasión de poder casarse, y de casarse mejorando notablemente en bienes, no discute ni por un momento la elección y se casa teniendo en aquel entonces 18 años de edad.

Se casó en estas condiciones, según ella misma lo dice, por hallarse sola, sin amparo y sin recursos, no se casó por amor; por más que en su vida

matrimonial, no se produjo ningún incidente que pudiera derivar de esta falta de afectos.

En su nuevo estado, las primeras relaciones sexuales, ó hablando más propiamente, las primeras solicitaciones de parte del marido para llevar á efecto el acto sexual recibieron de parte de nuestra enferma una negativa formal que duró unos quince días. Según ella expresa con candidez, no sospechaba que esta parte del programa de la vida marital existiera. Pasados los primeros tiempos, la vida conyugal se normalizó pronto y comenzó para nuestra enferma una vida, llena es verdad, de los afanes que esta vida en sí encierra, pero tranquila en cuanto á preocupaciones de otra índole.

Transcurrieron en esta forma cinco años en los que tuvo nuestra enferma un aborto y tres partos normales á término.

Como reliquia de su primer parto conserva actualmente una cicatriz de una desgarradura perineal incompleta que curó por segunda intención. Tuvo al par que esto, en su primer puerperio, una retención urinaria completa, ocasionada probablemente por una de esas paresias vesicales ó más bien dicho paralisis, producidas por la compresión que sufre la vejiga durante el embarazo y que requirió el sondaje en tres ocasiones distintas.

A las pocas semanas de su tercer parto, en Noviembre de 1904, emprende viaje con dirección á Buenos Aires; razones de familia la obligan á venir sola, sin su familia y aún sin su hijo.

A su llegada á Buenos Aires y al poco tiempo tuve oportunidad de observarla y de atenderla en la Asistencia Pública, á cuyo consultorio se presentó. Venía con una blefaritis marginal bilateral simple que contrajo en el viaje y que se mejoró notablemente con la aplicación de una pomada de oxido amarillo de mercurio y con lociones de una solución de formol; actualmente como vestigio de esa lesión, se aprecia una ausencia casi total de pestañas.

En Febrero de 1905, y en ocasión de hallarse con el menstruo, sufrió un enfriamiento súbito, estando sudando, que le produce una laringitis catarral aguda, que manifestándose al principio por una simple ronquera, la deja en el transcurso del día completamente afónica.

Esto fué el 14 de Febrero de mañana y á la noche tuve oportudidad de verla, venía á que le atendiera no solamente su laringitis sino más que nada, á que le hiciera un sondaje uretral, y se quejaba de fuertes dolores y de grandes deseos de orinar, pero había una retención completa.

Le hice un sondaje evacuador; el pasaje de la sonda (sonda metálica de mujer N.° 14) no ofreció ninguna resistencia, fué eso sí, algo doloroso y dió salida á unos 300 gramos de orina.

Hice un exámen detenido de los órganos genito urinarios de la enferma y no pude encontrar lesión alguna que me explicara esta retención, con tenesmo vesical tan marcado, tan rápida en producirse

y sobre todo que desapareciera tan pronto, pues después de este primer sondaje se le practicaron dos nuevos al día siguiente y no fueron necesarias nuevas intervenciones.

Posiblemente se trataba de un espasmo del cuello vesical, pues no había estrechez uretral, ni inflamación vesical, ni lesiones de vecindad, ni tampoco desviaciones uterinas que pudieran explicar esta retención súbita, el hecho es que cedió por sí sola en dos días.

Su afonia cedió igualmente en pocos días con un tratamiento puramente sintomático, aplicaciones locales de fomentos, inhalaciones de vapor de agua, ingestión de bebidas calientes para provocar la diaforesis y sobre todo con reposo del órgano.

En esta ocasión tuve oportunidad de observar en nuestra enferma, por primera vez, tres ataques francos de histeria en su forma de *pequeño ataque histérico*. Estos tres ataques se produjeron siempre en el momento de introducírsele la sonda y se caracterizaban del siguiente modo:

Comenzaban por contracciones de algunos músculos de la cara (región naso-geniana y de las comisuras labiales) contracciones que eran seguidas por las de los músculos de los miembros superiores del tronco, y de los miembros inferiores llamando la atención el hecho, de que mientras que los distintos segmentos del miembro superior se hallaban flexionados, los de los miembros inferiores y del tronco así como de la nuca se hallaban en exten-

sión. Estas contracciones tónicas duraban muy poco (1 ó 2 minutos) y en este intérvalo, la enferma con los labios apretados, la cara cianosada y vultuosa dejaba escapar sin embargo por la boca un poco de espuma. Pasado este período de tonismo se presentaba uno de clonismo con movimientos desordenados de todo el cuerpo, que no requerían sin embargo mucha vigilancia, por cuanto la enferma no se desplazaba mucho del sitio que ocupaba. La respiración se hacía ruidosa, acompasada, entremezclándose algunos gemidos agudos, verdaderos gritos; los movimientos de los bucinadores se hacían más frecuentes y por la boca salía al final espuma en abundancia.

Este período de clonismo, más largo que el primero de tonismo, era seguido por el de resolución; muy corto, del que salía la enferma después de sufrir varios sobresaltos al final de uno de los cuales despertaba, asustada, con un estado de obnubilación mental visible, aturdida, no dandose cuenta de lo que le había ocurrido.

Después de esta fecha, sufrió en el espacio transcurrido hasta la fecha muchos otros ataques idénticos á estos tres primeros, pero acompañados en los últimos tiempos de un delirio de palabra y de acción muy corto, reducido á algunas palabras incoherentes.

Estos ataques siempre se han producido con motivo de disgustos, ó de contrariedades, ó de hechos en una palabra que le impresionaran, pues en estos

últimos tiempos se había puesto en extremo susceptible, siendo raras las noches en que no llorara al acostarse.

Una característica de estos ataques es haberse producido siempre, estando la enferma en cama; y en ocasiones se tiene encontrado la enferma en el suelo, al lado de la cama, despertando de un ataque.

Terminada esta relación, detallada en exceso talvez, pero necesaria para poner de relieve, el carácter de la enferma, podemos entrar de lleno en el episodio que motiva este trabajo.

Como dato complementario del carácter de la enferma, es bueno hacer constar que es sumamente pusilánime y sobre todo muy miedosa.

Enfermedad actual.—En los primeros días del mes de Octubre de 1905, comenzó con motivo de ciertas malas nuevas que de su casa le enviaron á ponerse preocupada, más que de costumbre; perdió el apetito, perdió el sueño y comenzó á sentir fuertes cefalalgias que siendo primero diurnas se hicieron luego nocturnas también.

Con motivo de hallarse en estas condiciones, pasó á verme por la Asistencia Pública, á donde vino solicitando, *le diera algo para poder dormir y para que le pasaran sus dolores de cabeza.*

Le recete unos cachets de antipirina y fenacetina.

Antipirina.	0.50 cgr.
Fenacetina.	0.25 »

A tomar tres en el curso del día y unos cachets de sulfonal de 0.75 cegr., cada uno, á tomar dos por noche, con un intérvalo un de otro de *tres horas.*

En esa misma noche (8 de Octubre) á los *15 minutos* de tomar el segundo cachet de sulfonal se sintió mareada; le giraban los objetos á su alrededor; se levanta de una silla y se siente ébria, marcha tambaleándose y se echa en la cama (á la que llegó á duras penas) así vestida como se hallaba, pues *le pesaba la cabeza y las piernas le flaqueaban.*

Una vez en cama empieza á sufrir alucinaciones de la vista y del oído, ve su pieza *llena de santos y de luces* y siente un rumor confuso que la aturde, pretende incorporarse y llamar en su socorro y no puede hacerlo, trata de gritar y no lo consigue.

Este estado no sabe la enferma cuanto duró, pero *según ella sospecha* habrá durado unas dos ó tres horas y después se durmió profundamente.

Por la mañana del día siguiente (9 de Octubre), al levantarse siente un poco de atontamiento y en el curso del día reaparece la cefalalgia, lo que decide á la enferma á ingerir un cachet de los de antipirina y al acostarse uno solo de sulfonal temiendo que con dos le ocurriera lo de la noche anterior. Esa noche no consigue dormir.

Al día siguiente (10 de Octubre) reaparece la cefalalgia más intensamente que en los días anteriores.

A las 4 p. m. de ese día ingiere un cachet de an-

tipirina; á las 8.30 p. m., un cachet de sulfonal y á las 9.15 p. m., otro, de sulfonal también.

A los quince minutos de esta segunda toma, ya notan los que la rodean que su psiquis no marcha bien, está abstraída, ensimismada; al ser interrogada parece despertar de un sueño y no entiende lo que se le habla ó por lo menos no responde á las preguntas que se le hacen. Le ordenan en vista de esto, que vaya á acostarse, acto que efectúa como automáticamente, pues se levanta y anda, con *marcha titubeante*, tiene que apoyarse en los objetos que la rodean, hay además *pérdida de la orientación*, y tiene que ser conducida de la mano hasta su pieza.

Notando los que con ella estaban, este estado de ebriedad tan súbito, deciden llamarme en la sospecha de que se tratara de una intoxicación por el sulfonal.

A mi llegada siendo las 9.45 p. m., esto es, media hora después de la ingestión del segundo cachet de sulfonal, la encuentro acostada, había sido conducida á la cama y había sido necesario desvestirla por no poderlo hacer ella por sus propias manos (incoordicación atáxica).

Presentaba el cuadro clínico siguiente, que he tenido la precaución de llevar cuidadosamente anotado día por día y hora por hora puede decirse:

Octubre 10 (martes)

9.45 p. m.—*Gran excitación*, movimientos desor-

denados, pretende á cada momento levantarse, levanta las ropas de la cama, se destapa, no está quieta un momento.

Delirio de palabra y de acción, habla en su delirio de hechos recientes y en especial de los que motivaron su estado actual, de preocupación, en su delirio, se dirige á los que la rodean, interrogándoles.

Alucinaciones de la vista y del oído. Extiende las manos en diversos sentidos como pretendiendo apartar algo que tuviera delante, y emite respuestas como sosteniendo conversación con alguna persona.

En su delirio, se queja de aturdimiento, de que le duele mucho la cabeza y dice estar ébria y en estos momentos pide á uno de los presentes á quien toma por uno de su familia (que se halla en Europa) que le ponga un pañuelo atado á la frente para calmarle su dolor.

Hay midriasis, ligera pereza en la acomodación á la luz y un poco de inyección conjuntival.

10.15 p. m.—Ataque de histeria, idéntico á los anteriormente descriptos.

10.45 p. m.—Nuevo ataque de histeria.

Octubre 11 (miércoles)

12.15 a. m.—Nuevo ataque de histeria.

12.45 a. m.—Otro ataque (menor que los anteriores).

La midriasis ha desaparecido.

No hay temperatura (37.4).

Pulso tenso, frecuencia 85.

Tiene sed la enferma, bebe con ánsias, hay pastosidad de la palabra, habla como un ébrio dejando inconclusas algunas frases.

Interrogada con energía, parece despertar, y reconocer á quien le habla, pero cae de nuevo, en un estado completo de inconsciencia.

Su excitación tiene de especial esto; no es la excitación del maniaco que no demuestra en ningún momento la fatiga; no, en este caso, estando la enferma acostada pretende levantarse, y lo consigue, pero una vez sentada, se desploma de nuevo paulatinamente, no tiene fuerzas para sostenerse y vuelve á caer para levantarse de nuevo.

1 a. m.—Pide se le deje orinar y orina unos 300 gramos de orina.

En el curso de la noche, hasta esta hora, ha tenido frecuentes náuseas, sin llegar á producirse el vómito.

Las alucinaciones, de la vista sobre todo, las traduce la enferma, diciendo que la pieza está *llena de santos y de luces*, pregunta, *porqué han dejado entrar á tantas personas* (no hay en la pieza más que una sola persona) y dice que *llueve á torrentes dentro de la pieza, porque le han sacado á ésta el techo.*

4 a. m.—Nuevo ataque de histeria.

5 a. m.—Desde esta hora duerme tranquilamente hasta las seis de la mañana.

10 a. m. - Desde las seis de la mañana, continúa

agitada y delirando, delirio siempre coordinado y relacionado con sus preocupaciones.

Repite una misma palabra ó una frase hasta llegar á cansar á quien la oye.

Se levanta de la cama, en ocasión de haberla dejado sola, por quedar durmiendo; se viste, arregla su cama, y vuelve á acostarse así vestida sobre las ropas.

3 p. m.—Ha continuado en el mismo estado todo el día; alguna de sus alucinaciones son terroríficas. dice por ejemplo hallarse al lado de *un pozo muy hondo, al cual teme caerse sino se la sostiene.*

Ha tomado los alimentos que se le han dado, consistentes únicamente en cocktails.

Ha dormido algo, con intermitencias.

Se le ha leído una carta que un hermano suyo le envía y no prestó mayor atención á su lectura, pero luego muchas de sus ideas delirantes han girado al rededor del contenido de esta carta.

3.45 p. m.—Ataque de histeria (con rechinamiento de dientes en su período de tonismo).

4 p. m.—Ante sus instancias de no querer estar más en cama, manifestadas de hecho y de palabra, se la hace sentar en una silla hamaca en la que permanece un poco más tranquila.

7 p m.—Se acuesta y duerme á intervalos más ó menos largos, con sueño tranquilo relativamente.

11 p. m.—Manifiesta deseos de que se le haga un sondaje uretral, por no poder ella orinar espontáneamente, á pesar de las tentativas hechas con

este objeto, se queja igualmente de tenesmo vesical.

Se le hace el sondaje y se evacúan unos 400 gramos de orina clara; no se produce ningún ataque durante esta intervención como llegué á sospechar y en cambio preguntada sobre si se siente mejor, contesta que sí.

Octubre 12 (jueves)

6 a. m.—Ha dormido bastante bien casi toda la noche, con sueño tranquilo, alternando con uno que otro período de excitación, en los que pretendía levantarse de la cama.

Su inconciencia ha continuado igual.

A estas horas se levanta y viste sola; se nota ya, al vestirse la enferma, que sus dedos no tienen suficiente fuerza para abotonar la ropa; tarda en ejecutar esto, pero al fin lo consigue y ya de pie se echa de ver, que si su deseo, por ella manifestado, es levantarse, la estación en pie y la marcha y aún la posición sentada no son posibles, pues tambalea, dá traspiés y de no sostenerla cae, en la forma en que podría hacerlo un convaleciente de una larga enfermedad; cae porque le flaquean las piernas.

2 p. m.—Ha continuado en el mismo estado.

Ha tenido intervalos de sueño.

Persisten las alucinaciones terroríficas (dice *que la casa se quema, que está envuelta en llamas).*

Continúa su inconciencia.

8 p. m.—Sondaje á pedido de la enferma por iguales razones que el anterior (300 gramos de orina).

Toma los alimentos que se le dan.

En ciertos momentos pide afligidísima que no la abandonen y que la cuiden por sus hijos.

Cuando se halla agitada, las inhalaciones de éter, la dejan rápidamente sumida en sueño tranquilo.

Rehuye estas inhalaciones, ejecutando movimientos acompasados de la cabeza á uno y otro lado.

12 p. m.—Ha dormido desde las 9 p. m., con interrupciones muy cortas.

Octubre 13 (viernes)

7 a. m.—Nuevo sondaje con evacuación de 400 gramos de orina.

Ha dormido bien casi toda la noche.

Se aprecia una lijera inyección conjuntival.

No hay temperatura, igual que en los días anteriores.

Reconoce, si se le pregunta, á las personas con quienes habla, y mantiene conversación con las mismas, pero sufriendo distracciones frecuentes y sobre todo entremezclando algunas palabras que no tienen hilación ninguna con el discurso.

En algunos momentos se presentan alucinaciones terroríficas sobre todo.

Presta más atención á lo que se le habla.

12 m.—Ha estado bastante tranquila desde las 7 a. m.

Se acuesta así vestida sobre las ropas.

Continúa en igual estado de inconciencia aunque

parece que su mente se fuera despejando algo. La excitación es menor.

5 p. m.—Se ha obstinado, igual que ayer, en querer levantarse, caminar, y ocuparse de sus labores habituales, y en tres ocasiones distintas ha caído al suelo.

Cuando cae, no lo hace súbitamente; como pasa con el epiléptico; *no cae en una pieza* podría decir, sino, más vale, *en segmentos*, flexiona sus piernas, sus muslos y cae, siempre de bruces; una vez en el suelo se hace necesario levantarla, porque ella por sí sola no puede conseguirlo.

Amonestada en estos casos, por su tenacidad en querer levantarse, se queja de que se la trate tan severamente.

11 p. m.—Nuevo sondaje, á pedido siempre de la enferma.

Octubre 14 (sábado)

7 a. m.—Manifiesta deseos de levantarse.

Ha dormido tranquilamente desde las tres de la mañana.

Persiste siempre su inconciencia, aunque en algunos momentos parece razonar perfectamente.

3 p. m.—A la agitación y al delirio de los primeros días, han sucedido las ideas obstinadas de querer levantarse y se hace forzoso pasearla algo aunque para esto tiene que ir llevada de la mano, y sostenida para no caer.

Octubre 15 (domingo)

7 p. m.—Razona perfectamente (en apariencia por lo menos).

No hay delirio, ni alucinaciones, en cambio persisten algunas ilusiones, de la vista sobre todo.

De noche, ha estado un poco más agitada que la víspera.

Toma sin esfuerzo los alimentos que se le dan. Las perturbaciones de la estación en pie y de la marcha subsisten, no se han modificado nada de las observadas en la primera noche.

Octubre 16 (lunes)

7 p. m.—Igual que el día de ayer.

La conciencia parece mucho más despejada.

A las 12 m., se le da á tomar una pastilla Purgen, pues la enferma no ha tenido deposición ninguna desde el día 8 de octubre (la enferma es constipada habitualmente).

A las 4 p. m. tiene una deposición abundante, constituida por verdaderos bolos fecales que admiran á la enferma.

Octubre 17 (martes)

10 p. m.—Sigue igual que el día de ayer.

A las 4 p. m., y en ocasión de haberse levantado de la silla hamaca en que se hallaba, sufre una caída, después de haber dado algunos pasos por la pieza. La ayudo á levantarse y le hago una amo-

nestación por su empecinamiento en querer caminar si no puede, tratando de demostrarle sin embargo que si hiciera un esfuerzo de voluntad, podría caminar tan perfectamente como antes.

Esta amonestación es recibida con desagrado por la enferma; no puede admitir que la traten así severamente cuando todos ven *que no puede caminar, aunque ella quiera.*

Se acuesta á continuación de esta reprimenda, rumiando algunas protestas, 4.30 (p.m.)

A las 8 p. m., toma una pastilla Purgen.

Octubre 18 (miércoles)

9 p. m.—Ha guardado cama desde ayer á las 4 p. m.

El día de hoy lo ha pasado igualmente en cama, sin hacer la más mínima manifestación de querer levantarse. El estado de agitación de los primeros días ha desaparecido por completo, hasta el punto de que no ha sido necesario vigilarla tan de cerca como al principio.

Toma los alimentos sin desagrado, y ha permanecido todo el día en un mutismo casi completo.

Octubre 19 (jueves)

7 p. m. — Ha dormido tranquilamente toda la noche.

A la 1 p. m., se despierta, sin que la hayan llamado, se viste, arregla su cama y baja, pudiendo caminar sin ningún inconveniente.

Pero se admira de levantarse tan tarde; no se explica como ha podido quedarse dormida hasta esa hora, y solamente se queja de una ligera cefalalgia.

No recuerda absolutamente nada de todo lo que le ha ocurrido mientras estuvo enferma, pensando que había sido la víspera cuando se acostara, y extrañándole, como dije, el levantarse tan tarde (es madrugadora habitual).

Se ocupa durante el día en sus labores habituales, pero se nota en ella un ligero grado de abulia; no se manifiesta muy activa y no desea moverse mucho.

Octubre 20 (viernes)

Ha desaparecido la cefalalgia, y la enferma se halla muy contenta, dedicándose como antes, á sus ocupaciones.

Aquí termina la historia de nuestro caso.

CAPÍTULO II

CONSIDERACIONES

Antes de entrar de lleno en la discusión del caso, creo deber confesar que he pasado en los ocho días en que duró este episodio por una serie de dudas y titubeos (que aún ahora subsisten) antes de fijar un diagnóstico, no sólo en lo que al episodio en sí se refiere sino también de su etiología, observando en medio de todo que la enferma presentaba esto de curioso: el ofrecer en conjunto á mis ojos, por lo menos, una agrupación heterogénea de signos, que no podía encuadrar, sin embargo, en ninguna entidad mórbida que no fuera la histeria, inclinándome á ello sobre todo y sosteniéndome en esta idea los antecedentes que de la enferma tenía, el modo de iniciarse este episodio y su terminación.

Desde luego la primera idea que tuve fué la de

que se trataba de una *intoxicación aguda por el sulfonal,* ó más bien que se trataba de una *idiosincracia* especial de la enferma para el sulfonal.

En efecto, en apoyo de este modo de pensar tenía varias razones, entre otras, el accidente ocurrido á la enferma dos noches antes y relatado por ella misma (estado de ebriedad, alucinaciones, etc.), la reaparición de síntomas idénticos después de su segunda toma y sobre todo la confirmación que á este modo de pensar mío encontré consultando algunas obras, por más que la dosis que en mi enferma produjo tales manifestaciones no era ni con mucho tan alta que permitiera prever lo que ocurrió.

Consultando, leo en Battistini: «Rimedi nuovi»:

«El sulfonal se absorve con dificultad y lentitud, «porque, poco soluble, es muy resistente á los «agentes químicos.

«La eliminación es lenta también y el medica«mento puede tener acción acumulativa (Godls«tein, Marro, Kast), pero en un período de cerca «de tres días el organismo se ha librado de la «sustancia acumulada en los tejidos».

Más adelante, hablando de *inconvenientes* y de *perturbaciones* que puede traer el empleo del sulfonal, dice lo siguiente:

«A veces se observa una acción contraria del «medicamento, que se manifiesta con fenómenos «más ó menos graves de excitación (Umpfembach, «Kast).

«Entre las perturbaciones ligeras que se encuen-
«tran con más frecuencia al despertarse después
«del uso del medicamento, deben recordarse las
«siguientes: sensación de peso en la cabeza, cefa-
«lea, atontamiento ligero y postración general
«(Seczinzki, Marandón, Umpfenbach).

«Las perturbaciones del sistema nervioso son las
«más frecuentes y las más numerosas, se producen
«con ocasión del uso de dosis aisladas, un poco
«altas y son casi constantes con el uso prolongado
«del medicamento; pueden variar de intensidad,
«desde la simple sensación de peso en la cabeza,
«desde el vértigo ligero hasta la ataxia y la pará-
«lisis. Comprende la esfera psíquica, la motriz y
«aún la sensitiva y se extienden á los centros de
«la corteza cerebral, como á los centros espina-
les.

«Frecuentemente, en el día que sigue al uso del
«medicamento los enfermos se quejan de aturdi-
«miento, de apatía (Haber, Wolff), lentitud en el
«razonamiento (Umpfenbach) que puede llegar al
«estupor (Knaggs, Marandón), en ocasión se ha-
«llan abatidos, melancólicos (Kisch, Rehm). En
«ocasiones raras puede haber *obnubilación mental*
«y aún *pérdida de la conciencia* (Rottenberg, Bor-
«neman, Kisch). Dehio en dos paralíticos gene-
«rales vió sobrevenir imbecilidad después de un
«uso prolongado por diez días de dosis de 1.50 gr.
«del medicamento. En otras ocasiones el sueño es
«precedido de un período de excitación (Penegand)

«ó bien la excitación persiste después de haber «cesado el efecto hipnótico.

«Muchos enfermos están agitados, tienen *delirio,* «*ansias, alucinaciones* (Marandón, Rhem, Rotten-«berg, Bornemann, Malon). Por ejemplo: en un «caso descrito por Bornemann, el paciente creía «tener dos cabezas, y veía personas extrañas en su «pieza, etc.

«Con frecuencia se observa un empeoramiento «en los individuos que sufren ya de alucinaciones «(Knoblanch) ó de estados morbosos que se acom-«pañan de excitación (Sutberland).

«Por el lado de la esfera motriz son caracterís-«ticos los desórdenes en la *coordinación,* los en-«fermos se quejan de *vértigos,* tienen una *marcha* «*insegura*, como si estuvieran ebrios (Otto, Rosin, «Fischer, Umpfenbach, Ullman, Knoblanch, etc.), «y se ven obligados á apoyarse en los objetos que «les rodean para mantenerse en pie (Lluer)

«En muchos casos estas perturbaciones se acen-»túan de modo á producir una completa ataxia, «limitada á las manos, á los antebrazos y aún á «todo el miembro superior, tanto que el paciente «se ve imposibilitado para llevar los objetos á la «boca y tiene escritura análoga á la de los atáxi-«cos (Garnier). Estas perturbaciones pueden des-«aparecer á continuación de pequeñas dosis, y son «muy frecuentes en el envenamiento crónico, te-«niendo en estos casos de ordinario larga duración, «pero produciéndose especialmente con el uso de

«fuertes dosis y manifestándose tanto con los ojos «cerrados como abiertos y comenzando de ordi- «nario por los miembros inferiores.

«Casos de envenenamiento agudo, con dosis no «muy altas de 3 y 4 gramos, son bastante frecuen- «tes y se manifiestan de ordinario con las pertur- «baciones indicadas de parte del sistema nervioso, «*debilidad general, incoordinación de los movimien- «tos, vértigo, sueño persistente, etc.*»

De acuerdo, pues, con estas ideas, emitidas por tantos investigadores como cita Battistini, se confirmaba mi modo de pensar con respecto de la enferma en lo que al modo de comenzar su enfermedad se refería, pero quedando algunos puntos sin explicar (evolución ulterior).

En efecto, los *síntomas iniciales* del ataque coincidían con los de una intoxicación aguda, ó por lo menos con los de uno de esos casos de acción contraria del medicamento; había *gran excitación,* una excitación maníaca casi; había por el lado de la esfera psíquica *obnubilación mental, pérdida de la conciencia* (la enferma no reconocía al principio á los que la rodeaban), existía *aturdimiento,* del que se quejaba, aún en medio de su inconciencia.

Se constató la presencia de *alucinaciones* é *ilusiones de la vista y del oido,* que persistieron casi hasta el final; hubo *delirio de palabra* y de *acción.*

Por parte de la esfera motriz se constataron desórdenes de la *coordinación,* no sólo en los miembros inferiores sino también en los superiores; una

marcha insegura, como la del ebrio, hecho que la misma enferma manifestaba, y finalmente por el lado de los órganos de los sentidos se constató un poco de *midriasis* y una ligera *pereza en la acomodación á la luz.*

La rapidez con que se presentaron estas manifestaciones no estaba del todo de acuerdo con el modo de iniciarse una intoxicación aguda por el sulfonal, pues la absorción que de por sí es lenta en el sulfonal, se habría verificado en este caso en *media hora,* á parte de que la dosis estaba muy por abajo de las indicadas por los autores, como tóxica. Pero podría aducirse en este caso, como dije más arriba, tratarse de una idiosincracia especial, cosa que suele observarse con algunos medicamentos y que, respecto del sulfonal, Battistini dice lo siguiente:

«La predisposición individual ejerce, sin duda «alguna, una influencia grandísima para la tole«rancia de este medicamento; así ha sido obser«vado por muchos el hecho de que las personas «nerviosas, anémicas, debilitadas por largas enfer«medades, los *histéricos,* reaccionan al medica«mento con mucha más vivacidad que las perso«nas robustas, y que no sufran sobre todo enfer«medades nerviosas».

En esto se hallaba una confirmación de lo que ocurrió en nuestro caso y que á diario suele verse con otros medicamentos, como ser los ioduros, los bromuros aún, el mercurio, el arsénico, la antipirina,

etc., idiosincrasias especiales con respecto de estos medicamentos, ya naturales, ya como en el caso presente, preparados por un estado especial (histeria).

Efectivamente, en mi caso se trataba de una mujer con una herencia nerviosa, no muy acentuada, es verdad, pero en cambio su educación se había hecho en un medio especialmente favorable al desenvolvimiento de un carácter como el suyo.

Pusilánime, miedosa y en extremo susceptible, el primer choque moral que sufrió cuando tenía 17 años la reveló por primera vez, cayendo en un estado de *excitación maníaca* que duró diez días, y en cierto modo idéntico al actual, siendo á mi entender de idéntica naturaleza, pero provocado por distinta causa.

Nuestra enferma es una histérica, que según parece se ha puesto en evidencia con la primera emoción fuerte que recibió, pero que actualmente presenta estigmas claros y que ha presentado accidentes ó episodios francos.

Como estigmas físicos no he citado ninguno como se habrá echado de ver, como en efecto no le he encontrado ninguno, á no ser esa hiperestesia al dolor de la mucosa vesical y uretral, constituyendo ésta última una zona histerógena, que cuando su gran episodio no existía ya, pues los 4 ó 5 sondajes hechos en esta ocasión no determinaron la producción de ataques.

Como estigmas mentales, los que presenta la

enferma son muy acentuados, según lo indicado al hacer la historia, sobre todo en lo referente á perturbaciones de la emotividad y del carácter.

Es sumamente susceptible á cualquier indicación que se le haga (y esto lo ha demostrado con evidencia aún en su último ataque y sobre todo en la víspera en que se levantó completamente consciente); es pusilánime, miedosa en extremo (y en esto sus alucinaciones, la mayor parte de ellas han sido pavorosas); es un poco voluble de carácter y ha pasado además varias temporadas en que lloraba todas las noches al acostarse, sin que se le supiera la causa de su aflicción.

Estos estigmas, acompañando á los accidentes que ha presentado (pequeños ataques histéricos) confirman plenamente el diagnóstico de histeria.

Luego, pues, tenemos que podría tratarse en nuestro caso de una intolerancia de la enferma para el sulfonal, explicable perfectamente y que explicaría también la aparición de los primeros síntomas ó sea la iniciación del ataque, pero que no explicaría de ningún modo la evolución ulterior, la duración y la terminación del mismo.

En vista de esto cabe entonces preguntar, ¿derivan los síntomas constatados en la enferma, de la ingestión del sulfonal? ¿ó son manifestaciones puramente histéricas?

La respuesta no es fácil darla y casi me atrevería á decir no es posible; sin embargo, más me inclino á creer que sean manifestaciones histéricas.

Analicemos los factores que han intervenido, así como el producto que de estos dos factores ha resultado.

De uno de los factores, *la enferma,* sabemos que es una histérica, y la histeria desde Charcot es considerada esencialmente como una psicosis, esto es como un estado especialmente favorable, para ser puesto de manifiesto en ocasión de cualquier perturbación (emoción, traumatismo, intoxicación, etc).

El otro de los factores es el *sulfonal*, un hipnótico de acción variable como vimos, dependiente por supuesto, del factor biológico con quien actúa.

El producto de estos dos factores lo conocemos también, es un *estado de enagenación mental*, que dura 8 ó 9 días.

Conocidos estos tres elementos, tenemos que las dos preguntas anteriormente enunciadas pueden enunciarse en esta otra forma:

¿Se trata de una psicosis de origen tóxico? ó ¿se trata de una psicosis que se instala en un terreno debilitado por el tóxico y que le continúa? ó ¿se trata simplemente de una coincidencia entre la ingestión del tóxico y la aparición de esta psicosis.

Son preguntas las tres, que tienen en su favor algunas circunstancias, pero también las tienen en contra; no es, pues, mi ánimo responderla categóricamente limitándome solo á analizarlas.

Veamos la primera,

¿Se trata de una psicosis de origen tóxico?

Psicosis provocadas por causas tóxicas son frecuentes y tenemos casos de psicosis temporarias por tabaco, hachisch, datura, etc., pero siempre provocadas ó por ingestión largo tiempo mantenida ó por grandes dosis.

Respecto de estas psicosis de origen tóxico (alcohol, ajenjo, opio, hachisch), Richer hace constar las analogías existentes entre el delirio de la gran histeria y las perturbaciones cerebrales ocasionadas por la absorción de diversas sustancias tóxicas.

En nuestro caso los primeros síntomas podrían y deben imputarse al sulfonal, á pesar de la dosis, trayendo á colación la idiosincracia; pero en este caso no es explicable tan fácilmente la prolongación de dichos síntomas. su persistencia casi con igual intensidad durante ocho días, sabiendo que en la misma enferma, dos noches antes, idéntica dosis produjera idénticas perturbaciones, pero que solo duraron algunas horas.

Podría objetarse á esto lo de la acción acumulativa, pero en este caso la evolución de la enfermedad (ocho días) sería aún excesiva y además la terminación del episodio no sería tan brusca como fué, sino que irían los distintos síntomas decreciendo paulatinamente á medida que la *restitutio ad integrum* de las células nerviosas se fuese llevando á cabo, por eliminación del tóxico primero y por reparación de las lesiones producidas por éste, después.

Podría decirse que el estado de inconciencia en

los últimos días era menor y que había cada vez más lagunas de lucidez, como en la historia de la enferma aparece; pero esto solo era aparente pues interrogada la enferma una vez curada, no ha recordado absolutamente nada de lo que en esos *ocho días* le ocurrió; salvo el estado en que se halló la primera noche y que ya dos noches antes recordara; su amnesia fué total.

¿Se trata de una psicosis que se instala en un terreno debilitado por el tóxico y que lo continúa?

Sería por lo pronto necesario poder establecer un límite para poder decir poco más ó menos, aquí termina la acción del tóxico y aquí comienza la psicosis; límites así netos no es posible establecerlos tratándose de factores biológicos, pero á falta de esto el estudio de la marcha de los síntomas podría dar alguna luz.

En el caso de que tratamos, los síntomas no han sufrido gran modificación entre el comienzo del episodio y su terminación.

La *excitación*, es verdad, disminuyó notablemente, pero las *alucinaciones* persistieron, el *delirio* persistió también, la *obnubilación mental* y la *inconciencia* también, las *perturbaciones de la marcha y de la estacion en pie*, del mismo modo, y es más aún las manifestaciones histéricas francas (ataques de histeria) se presentaron de preferencia al principio, tuvo cinco ataques en la primera noche y uno ó dos en los días restantes.

De cualquier modo, si bien no es posible contes-

tar afirmativamente estas preguntas, cabe sin embargo admitir, que del mismo modo que en algunos alcoholistas crónicos ó aún sin serlo se puede instalar un estado maniaco por ejemplo, á raíz de una intoxicación alcohólica sub-aguda, cabe admitir digo, que en nuestro caso y actuando el sulfonal sobre un terreno preparado, predispuesto, como es el cerebro de una histérica, produjese por acciones microquímicas ó de otra índole, lesiones que antes de repararse, permitieran el asiento de una psicosis que en nuestro caso sería de naturaleza histérica.

¿Se trata simplemente de una coincidencia entre la ingestión del medicamento y la aparición de esta psicosis?

En apoyo de esta hipotesis parecería estar el hecho constatado, de la iniciaciación del episodio en la segunda noche en que la enferma ingirió 1.50 grs. de sulfonal, y de su ausencia en la primera ocasión habiendo ingerido igual dosis.

Además la enferma presentó algunos síntomas premonitores podria decirse, que duraron varios días (cefalalgias, insomnio, abatimiento, etc.), y que motivaron el empleo de la droga.

Por otra parte entre los varios síntomas presentados por la enferma durante esos ocho días, tenemos su delirio, que desde el principio, desde la primera noche, fué un delirio coordinado podría decirse, un delirio en el que la enferma hablaba de los hechos que motivaron su estado de depresión, un delirio consciente, como el delirio de la histeria.

Es característico del delirio histérico, esta influencia de las emociones pasadas y de las preocupaciones del momento, sobre la naturaleza de la concepción delirante; y en nuestra enferma tuvimos un ejemplo muy patente, cuando al día siguiente de enfermarse le leímos una carta de un hermano suyo, á cuya lectura pareció no prestar mayor atención, como en efecto sucedía, distrayéndose con frecuencia; sin embargo luego, en el curso de ese día, las ideas delirantes que tuvo giraron al rededor de las cuestiones escritas en esa carta.

Finalmente esa perturbación en la marcha, así como para la estación en pie y aún sentada, que pareciera derivar de una astenia generalizada, y su modo brusco de desaparecer, sólo pueden ser de una histérica; no es posible encuadrarla en ninguna entidad mórbida, y sin embargo, estas perturbaciones comenzaron en la misma noche en que ingirió por segunda vez 1.50 gr. de sulfonal.

Como se ve, pues, la solución no es tan sencilla; lo único que creo poder afirmar, ó más bien dicho, lo que creo más admisible es que se trate de un *episodio histérico, sobrevenido en ocasión de haber ingerido la enferma 1.50 gr. de sulfonal.*

CONCLUSION

Al terminar el presente trabajo debo manifestar con lealtad, que al ponerle como título *Perturbaciones en la esfera psíquica y motriz, observadas en una histérica á raíz de la ingestión de sulfonal,* ha sido mi propósito el dejar constancia de los hechos observados por mí, prefiriendo no darles ninguna interpretación, á dársela errónea; estableciendo *á priori* un diagnóstico en el cual pudiera hacer entrar los hechos de mi observación forzando un poco su intepretación.

EMILIO VIDAL ABAL

Buenos Aires, Diciembre 4 de 1906.

Buenos Aires, Diciembre 6 de 1906.

Nómbrase al Consejero Dr. José R. Semprun, al profesor titular Dr. Ignacio Allende, y al profesor suplente Dr. José T. Borda, para que constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de esta tésis, de acuerdo con el Art. IV de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. Canton
R. S. Gómez

Buenos Aires, Diciembre 15 de 1906.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de esta tesis, según el acta n.º 1657, del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza respectiva.

E. Canton
R. S. Gómez

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Indicaciones del Sulfonal.

II

Estado mental de las histéricas.

III

Diagnóstico y evolución de una psicosis histérica.