
GACETA MÉDICA DE MÉXICO

PERIÓDICO

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MÉXICO.

CLÍNICA INTERNA.

Nota sobre dos casos de histeria en el hombre.—Anestesia completa generalizada.—Curacion:

POR EL GEFE DE LA CLÍNICA INTERNA.

El día 5 de Julio entró á la sala de Clínica interna del hospital de San Andrés, al núm. 18, el enfermo Pedro Diaz, que dijo ser de Durango, de 25 años de edad, soltero, de oficio talabartero.

Interrogado acerca de sus padecimientos anteriores, no se observó nada notable. Recordó solamente que hacia como diez y seis años, habia sufrido un golpe en la nuca, á consecuencia de la caida de un becerro, golpe que no le produjo ningun sufrimiento.

De enfermedades anteriores no mencionaba ninguna. La enfermedad actual habia principiado ocho dias ántes, notando el enfermo cansancio en los brazos y alguna torpeza en los miembros inferiores; continuando del mismo modo hasta la fecha de su entrada.

Al reconocerlo, le hallamos en el decúbito dorsal, moviendo sus brazos con cierta libertad, lo mismo que el resto de su cuerpo; no se quejaba de otra cosa más que de alguna cefalalgia y de la citada torpeza de sus miembros superiores. Sus respuestas, aunque no muy fáciles, eran completas y exactas; en una palabra, las facultades intelectuales no estaban afectadas. Exploramos los miembros superiores: llevaba sus brazos hácia arriba, ponía las manos en su cabeza con lentitud, pero sin más dificultad ni dolor. Solicitando que oprimiera nuestra mano entre las suyas, pudimos apreciar integra la fuerza muscular, aunque de manifestacion tardía. Descubrimos los miembros inferiores: ninguna deformacion, tampoco lesion de la piel. Hicimos que levantase la pierna derecha para colocarla sobre la izquierda; su movimiento fué completo; pero con el mismo carácter de los observados en los miembros superiores. Igual resultado se ob-

tuvo al hacerle colocar la pierna izquierda sobre la derecha. Andando el enfermo nos manifestó que no sentía bien el suelo, tampoco había sensación de frío al apoyar en él su pié desnudo; sus pasos fueron firmes aunque lentos: nos dijo hallarse imposibilitado para andar más aprisa. Vuelto á su cama y acostado de nuevo en ella, exploramos la sensibilidad: piquetitos ligeros con un alfiler practicados en ambas piernas, no despertaron, segun dicho del paciente, ninguna sensación. Temiendo ser engañados, aplicamos un cigarro ardiendo á la pantorrilla izquierda; se formó una pequeña escara, y el enfermo no reveló, ni sensación ni movimiento reflejo. Un pliegue de piel tomado en la otra pantorrilla fué lentamente atravesado por un alfiler; igual resultado, ningun signo de dolor. Exploramos la sensibilidad táctil, perdida igualmente. De esta completa anestesia participaba el tronco en su mayor parte, los brazos y la cara, dejando espacios muy pequeños que llamamos placas de sensibilidad, en las que era bien percibida la punta del alfiler cuando se le hundía ligeramente.

Reconociendo la espina, hallamos un punto doloroso que correspondía al nivel de la vértebra prominente. Averiguamos si nuestro enfermo sentía la gana de evacuar la vejiga y el intestino, ó si ambas funciones se efectuaban inconscientemente; su respuesta nos convenció de que no había parálisis en dichos órganos.

Explorada la temperatura general, la hallamos á 38°. Los órganos torácicos y abdominales en perfecto estado. El apetito regular.

Llamando fuertemente nuestra atención una anestesia y analgesia tan completas, pusimos el hecho en conocimiento del Sr. Profesor de la Clínica, Dr. Carmona y Valle. Acompañado de los alumnos comprobó al siguiente dia todo lo citado, explorando además los órganos de los sentidos y la contractilidad eléctrica: ésta se hallaba perfecta. El olfato perdido: aplicando un frasco con amoníaco á la nariz durante cerca de medio minuto, el enfermo siguió respirando, y solo se observó uno que otro ligero movimiento de deglucion, así como un corto lacrimo. Explorada la conjuntiva ocular, su sensibilidad era perfecta. En este segundo dia la temperatura bajó á la normal. El tratamiento del enfermo habia sido, sulfato de quinina, 1 gramo, y tintura de iodo untada de la sexta vértebra cervical á la primera dorsal.

Tercer dia, igual todo respecto á sensibilidad, torpeza exagerada en los movimientos, en la palabra; temperatura normal.

Cuarto dia, lo mismo; tratamiento: calomel á dosis refracta.

Quinto dia, cesacion completa de todos los accidentes; el enfermo se levanta con presteza y solicita abandonar el hospital. Retenido algunos dias más, los accidentes no reaparecen. Sale curado el 16 de Julio.

¿Qué significacion tiene esto? ¿cómo podemos interpretar y clasificar el hecho? Pasemos ántes á la segunda observacion.

Tomás Sanchez, entra el dia 15 de Julio á la cama número 28 de la sala de

Clinica. Nos dice ser natural de Tepeji del Rio, viudo, de 49 años. Albañil, y barrendero de calles últimamente. No refiere más enfermedades anteriores que fiebre y viruelas, de muy niño; diarrea pocos años ántes, de la que le asistí yo mismo. Su padecimiento actual es de fecha reciente, aunque no puede precisarla: consiste en dolores en las piernas y alguna debilidad. No se queja de otro padecimiento. Al examinarlo nosotros, le hallamos en la posición horizontal; sus respuestas fáciles nos dejan convencidos de la integridad de sus funciones intelectuales. Pasamos á reconocer los miembros, lugar del sufrimiento acusado; no notamos nada al aspecto exterior. Le excitamos á mover las piernas, á doblarlas, á estirarlas, etc.; todo puede hacerlo sin gran dificultad. Anda, y su marcha es un poco penosa; lo hace también con lentitud. Exploramos la sensibilidad de las piernas, y no existe ni al tacto, ni al dolor. Un cerillo ardiendo, cigarros, etc., aplicados contra su piel en diversos puntos, no provocan ni el más ligero movimiento, ni la más leve sensación. En aquellos momentos el Sr. Profesor de la Clínica se aproxima á la cama y le hago ver aquella anestesia tan completa, previendo el caso de que desaparezca al siguiente día. Previsión tan prematura provoca alguna hilaridad.

Continúo mi exámen: el mismo cuadro del caso anterior, anestesia y analgesia generalizadas: placas dispersas de sensibilidad en uno que otro punto. La columna vertebral ofrece una deformación hasta la undécima y duodécima vértebra dorsales; parecen engrosadas las apófisis espinosas. El enfermo refiere esto á un golpe que sufrió de unos andamios, hace años, pero que no le dejó ningún achaque ni algo semejante á aquello de que hoy padece. Examinamos los órganos torácicos y abdominales, nada anormal nos ofrecen.

Al siguiente día el enfermo es estudiado por dos alumnos de la Clínica ante el Profesor. Se comprueban los fenómenos ya citados. El alumno Sr. Izaguirre busca la sensibilidad del periostio percutiendo el borde cortante de la tibia y la parálisis de sensibilidad afecta ese otro punto. No se le sujeta á tratamiento ninguno; simplemente su alimentación y una friega excitante.

Tercer día. Cesación completa de todos los accidentes; el enfermo se queja amargamente de que mientras no ha sentido, lo quemaron por muchas partes, le picaron el cuerpo, etc. Reclama su alta con insistencia; detenido un día más, los accidentes no reaparecen. Sale el 19 del mismo mes perfectamente curado.

¿Podrá desconocerse la identidad de este último hecho con el anterior? No, ciertamente.

El Sr. Profesor de la Clínica, Dr. Carmona y Valle, hace con motivo del primero, una brillante lección clínica, y concluye clasificando el hecho de histeria. Este diagnóstico formulado á la cabecera del enfermo, fruto de sus vastos conocimientos, apenas si es creído por su auditorio, y yo mismo, víctima de mi ignorancia, también lo pongo en duda. Nos viene el segundo caso: se clasifica de igual modo, visto el carácter y fugacidad de la afección. Entonces, estudiando

el síntoma y consultando, tenemos que llegar á ponernos de acuerdo. Se trata realmente de la histeria.

Diré con franqueza: se me hacia difícil admitirla, no porque dude que exista en el hombre: tengo hechos de mi propia práctica que me lo han enseñado. Pero en verdad, que plantar la histeria en un talabartero y un albañil, se me hacia tan difícil como plantar azucenas en un arenal.

Las afecciones llamadas nerviosas, particularmente las que están ligadas á la idea, son más frecuentes á proporcion que es mayor el desarrollo intelectual. Una mujer ó un hombre que educan con perfeccion sus sentidos, que refinan su sensibilidad hasta el extremo, que viven de lo abstracto más que de lo positivo, cuando una emocion real llega á herirlos, accidentes muy variados pueden observarse, pero es la histeria por lo comun su enfermedad obligada, particularmente en la mujer, pues insisto en creerla rara en el hombre. Pero en quien solo la parte material ha recibido educacion, en el que ha descuidado hasta el extremo su mejora intelectual, fuerza es decirlo, se vacila algo para admitir la histeria. Y sin embargo, aquí tenemos dos hechos, que podemos clasificarlos en verdad de *histeria desnuda*, sin participacion moral. Esto á la vez tendrá la ventaja de enseñarnos, cómo pueden dichas afecciones hacer su manifestacion sin participio de la parte pensadora, de la preocupacion, punto que por desgracia escuda á muchos médicos para abandonar á esa clase de enfermos.

Pero pasemos á otras consideraciones científicas que pueden apoyar nuestro diagnóstico. Enunciaremos simplemente las enfermedades en que se observa lo que aquí fué síntoma dominante: la anestesia.

Distinguiremos con Spring tres causas de anestesia:

- 1.^a Por falta de impresionabilidad de los nervios periféricos.
- 2.^a Por obstáculo á la trasmision de las impresiones recibidas.
- 3.^a Por inaccion del sensorium ó ausencia de la percepcion.

La relacion que hemos hecho de nuestros enfermos nos evita de entrar en más pormenores sobre las anestias de la primera especie. No ha podido observarse en ninguno de los dos enfermos citados ninguna alteracion cutánea. Tampoco habian recibido la impresion del frio que puede por más ó ménos tiempo, hacer perder su impresionabilidad á las extremidades terminales de los nervios. Quedan anestias de esta causa, las producidas por una isquemia; pero puede desecharse la idea hallándose en conocimiento de los antecedentes.

Las anestias por obstáculo á la trasmision de las impresiones recibidas, tampoco hallan aquí su lugar, toda vez que hemos podido notar en nuestros enfermos una anestesia generalizada, lo que no se observa en las anestias de este género, puesto que se deben á la division traumática, ruptura ó compresion de uno ó varios nervios periféricos en su trayecto.

Nos quedan, en consecuencia, las anestias de la tercera especie, y ahí fijaremos más nuestra atencion.

La mielitis aguda produce anestesia, pero sucediendo á algunos fenómenos de excitacion de la sensibilidad que no ha habido en nuestros enfermos. Además, esa anestesia, prescindiendo de su marcha tan diversa, afecta todas las partes del cuerpo situadas abajo de la lesion. Se comprende que en estos casos no hay motivo para que la cara tambien se halle afectada. Aun faltan otros muchos síntomas, que no mencionamos por no ser más difusos.

Igual cosa podremos decir de la congestion medular, de la compresion y de la ataxia locomotriz: basta enumerarlas para desechar en nuestros enfermos la idea de estas afecciones.

De las enfermedades cerebrales, hay anestesia en la apoplejía, la meningitis, el reblandecimiento, las intoxicaciones, etc. ¿Debemos siquiera detenernos á combatir que en nuestros enfermos se tratara de alguna de estas afecciones? No, ciertamente. Baste decir que en ellas la anestesia es un síntoma bien secundario, miéntras que en nuestros enfermos ha sido el síntoma principal. Que en aquellas la falta de sensibilidad es prolongada, y en nuestros enfermos fué pasajera. No hay fundamento alguno para poder sospechar cualquiera de estas afecciones. ¿Qué queda entónces? ¿las anestias discrásicas que se citan como síntomas de la anemia y la clorosis, del reumatismo, etc? No, sin duda, queda la anestesia frenopática, soporosa y neurósica. La primera es el fruto de grandes contenciones de espíritu ó de la demencia, causas ambas que pueden ser desechadas en nuestro talabartero y albañil.

La segunda es resultado del narcotismo, de las fiebres graves, tifo, tifoidea, etc., conmocion del cerebro. Nada capaz, en fin, de referirse á nuestros enfermos, en los que ni ántes ni despues ha habido otros fenómenos.

Mas no sucede lo mismo con las anestias neurósicas, y el cuadro descriptivo de ellas nos hará palpar la analogía. Spring dice: «Una anestesia parcial ó total se une á la epilepsia, catalepsia, tétanos, coréa á todas las neurósisis. Es cierto que no depende de ninguna alteracion nerviosa, y como es esencialmente variable, fugitiva é irregular, está uno forzado, por decirlo así, á admitir una causa dinámica, ó si se estima más, una turbacion de la polaridad molecular.» La histeria, que sin duda alguna es la más importante, la describe de este modo Briquet, citado por Woillez: «Puede herir toda la superficie del cuerpo ó limitarse á una parte muy pequeña. Puede no interesar más que la superficie del cuerpo ó bien herir todo el espesor de un miembro. Es muy ordinario encontrar la anestesia de todo un lado del cuerpo desde la cabeza hasta los piés, al mismo tiempo que la sensibilidad de los órganos de los sentidos del mismo lado. Pero sea cual fuere su extension, la anestesia no ocupa jamás sino las partes animadas por los nervios que provienen del encéfalo ó de la prolongacion raquideana. Así, la anestesia del tronco, no penetra jamás en las cavidades esplácnicas, miéntras que en los miembros puede herir todo el espesor desde la piel hasta los huesos.»

Más adelante dice: «esta anestesia es rara en la histeria no convulsiva.» Si es rara, quiere decir que suele observarse aún sin ir precedida de convulsiones.

El mismo Briquet, dice Woillez «ha hecho notar que la causa de las disidencias entre los observadores, es la poca duracion de estos fenómenos, á consecuencia de los primeros ataques, etc.»

Spring dice: * «La anestesia histérica se observa durante los ataques, despues de ellos, despues de una emocion viva, una neuralgia, etc.» Más adelante, en la página 30: «El diagnóstico diferencial de la anestesia histérica reposa sobre los hechos siguientes:

- 1.º Es siempre un fenómeno consecutivo á otras turbaciones histéricas.
- 2.º Va acompañado ordinariamente de accidentes hiperestésicos.
- 3.º Es más comun á la izquierda que á la derecha.
- 4.º Es parcial, fugitiva, movible, extravagante y caprichosa en su marcha y en su forma.
- 5.º En fin, faltan los signos y síntomas de toda lesion material.»

Esta rápida ojeada puede hacer ver lo que ántes hemos dicho: hay cierta analogía entre la anestesia de nuestros enfermos y la anestesia histérica. No puede ser referida á una lesion material, por la falta completa de otros síntomas, y no hay otro recurso: ó no se formula diagnóstico ó se llega á las anestias neurósicas. No habiendo en nuestros enfermos epilepsia ni catalepsia, solo queda la histeria, admitida ya por muchos autores en el hombre, hecho muy conforme á nuestras ideas, porque la hemos observado entre otros en un jóven estudiante de derecho, que se cree afectado del corazon.

Queda una última cuestion: ¿Por qué en los dos hechos citados faltan algunas otras manifestaciones histéricas? La resolucion ya la hemos indicado; las neurosis ligadas á la idea se modifican segun la cultura del que las sufre, y en los dos hechos citados la histeria se nos ha presentado, permitaseme la palabra, sin los adornos que le imprimen el sexo femenino (mucho más sensible) y la educacion.

Tal es mi creencia despues del estudio de ambos casos, y no he vacilado ya en clasificarlos como el ilustrado Profesor de Clinica, Sr. Carmona, entre las neurosis, porque para una lesion material mucho les falta, para una lesion funcional nada les sobra. **

México, Julio 31 de 1878.

DEMETRIO MEJÍA.

* Sintomatología. Tomo II, pág. 29.

** Aunque aparecen los términos de lesion funcional y lesion material, yo no puedo creer que sean independientes, y solamente los he usado por costumbre y por la ignorancia en que nos encontramos aún para localizar la lesion material, en esa serie de afecciones que se han llamado *neurosis*.