

lencia llamada enajenación mental, que las sustrae á la vida de familia, á la vida social, y las segrega y aparta como miserables ruinas de la vida común de la humanidad.

PORFIRIO PARRA.

OFTALMOLOGÍA.

Algunos fenómenos oculares paradójicos de naturaleza histérica y su valor diagnóstico.

Las anestias de formas variadas, que se presentan en el curso de la polimorfa y singular afección impropriamente llamada histeria, han llamado, y con justicia, la atención desde épocas remotas. Teólogos, filósofos, médicos y psicólogos, se han ocupado de las extrañas perturbaciones sensitivas que es dado observar en las personas que sufren de aquella neurosis, la gran simuladora de múltiples padecimientos. Los juicios más extraños, las más variadas opiniones han reinado según las épocas, y el criterio de los observadores que han tratado del asunto.

No es de extrañar que en la edad media, vistas las ideas que entonces dominaban, se admitiesen influencias sobrenaturales, para explicar las alteraciones de sensibilidad, que hoy admitimos como de causa patológica. Los «demoniólogos» y los magistrados buscaban cuidadosamente en aquella luctuosa época de ignorancia, los llamados «stigmata diaboli,» zonas insensibles, de la piel y aun de los tejidos profundos, cuya existencia en el cuerpo de las personas procesadas las delataba de hechicería; muchas histéricas, dignas de un tratamiento médico racional, expiaron en el potro ó en la hoguera imaginarias culpas y pretendidos pactos diabólicos.

Las ideas han variado profundamente desde entonces, la luz se ha abierto paso á través de las tinieblas, y la ciencia, sin haber interpretado aun por completo los complicados fenómenos histéricos, ha logrado cuando menos, explicarlos en algunas de sus partes.

No pienso ocuparme por ahora de los múltiples trastornos que sufre la sensibilidad en el curso de la histeria; esto demandaría mucho tiempo y estaría fuera de mi propósito. En otros trabajos que he tenido la honra de presentar á

esta docta Corporación, he tratado de la ambliopía y de la ceguera que pueden sobrevenir en el curso de aquella neurosis, y he relatado varias observaciones clínicas referentes á la materia. Voy á ocuparme ahora de algunos estigmas de sensibilidad especial del ojo, que se presentan á veces con apariencias tan extrañas que han sido llamadas paradójicas ó contradictorias, pues parecen desmentir algunos principios conquistados por la ciencia, y que se han considerado hasta ahora como verdades innegables.

Estos estigmas de sensibilidad especial, no se presentan de un modo aparatoso; al revés de algunos accidentes, que como la ceguera, llaman profundamente la atención del paciente, las perturbaciones que voy á referir, cuando son monoculares, sobre todo, pueden pasar inadvertidas para el enfermo, que se sorprende de que existan, y sean reveladas por un examen clínico cuidadoso. No por esto dejan de ser importantes, así desde el punto de vista exclusivamente científico, como en sus relaciones con el diagnóstico en algunos casos oscuros de la neurosis histérica.

Entre esos estigmas, uno de los más conocidos, es el estrechamiento del campo periférico de la visión, sea bi ó monocular; cuando no es muy marcado, puede suceder que la persona histérica no tenga conciencia del trastorno visual, sobre todo cuando sólo un ojo se encuentra afectado; en algunos casos coincide el estrechamiento periférico monocular con la hemianestesia del lado correspondiente, y si coexisten otros estigmas descubiertos ya, ó si se han presentado algunos accidentes reveladores de la neurosis, nada más natural que hacer una exploración campimétrica que viene á descubrir la anomalía sensorial, corroborando el diagnóstico.

Es bien sabido que la histeria puede simular numerosas enfermedades; cuando no se presenta con la riqueza y movilidad de síntomas, que le son comunes, fácil es cometer un error de diagnóstico, y aplicar un tratamiento inadecuado y por lo tanto ineficaz; puede ser el mal casi monosintomático, presentándose con las apariencias de una enfermedad localizada á tal ó cual órgano ó aparato; nunca debe despreciarse en casos análogos, la investigación cuidadosa de

los estigmas, que no se revelan por sí solos, sino que deben ser buscados pacientemente; los fenómenos oculares, cuando existen, constituyen preciosos reveladores del mal. Pudiera citar algunos casos en que el examen del campo periférico me ha servido para disipar las dudas á ese respecto, pero me limitaré á señalar dos hechos: refiérese el primero á una señorita de la metrópoli, que me dirigió para que estudiara sus funciones visuales, mi estudioso é inteligente colega el Sr. Dr. A. Pruneda; la paciente padecía fenómenos coreiformes sin que hubiese ataques ni otros accidentes ó estigmas propios de la histeria; el Sr. Dr. Pruneda, en vista de los antecedentes y algunas particularidades del caso, sospechó la existencia de la gran simuladora y me remitió á la enferma; el examen periférico me reveló que existía un estrechamiento concéntrico irregular en ambos ojos, y más acentuado en uno de ellos; remiti á mi citado compañero los diagramas respectivos, asegurándole que no había otra perturbación ocular; algún tiempo después, me refirió que el diagnóstico de falsa corea histérica se había confirmado por completo, á lo que contribuyó no poco el reconocimiento visual. Se refiere el segundo hecho á una señora, natural de San Luis Potosí, que presentaba una reducción del campo periférico izquierdo, casi en forma de hemiopia, sin la rigidez pupilar hemianópsica de Wernicke; la marcha ulterior del padecimiento, confirmó la existencia de la histeria; tuve oportunidad de ver á la enferma un año después del primer examen, y noté que apenas quedaban vestigios de la hemianopsia. Cito este caso, porque la forma himiópica del campo periférico en la histeria, es muy rara, habiéndola negado rotundamente algunos autores. La reducción del campo visual, en la histeria, se presenta con caracteres análogos á las otras anestias propias de aquella neurosis; el examen oftalmoscópico no revela lesión apreciable en caso de hemianopsia, y falta el fenómeno de rigidez pupilar descrito por Wernicke, lo que demuestra que la causa de la perturbación campimétrica reside en los centros corticales, y no en los primarios ni en las bandeletas ópticas; el síntoma aun cuando sea persistente, ofrece una movilidad notable en su grado; de un día á otro aumenta ó disminuye el estrechamiento, bajo la

influencia de causas conocidas, como emociones morales, ataques convulsivos, ó aun sin pretexto apreciable; puede suceder que en el curso del reconocimiento varíe la extensión del campo periférico, bastando para ello la fatiga inherente al examen, ó aun la mayor ó menor atención que presta la persona examinada. Si el estrechamiento no es excesivo pasa inadvertido para el paciente, sobre todo cuando es monocular; lo mismo que otras anestias histéricas, sólo es revelado por una exploración cuidadosa, pues de otro modo quedaría desconocido para el médico y para el enfermo. Estas diversas circunstancias, han hecho creer á muchos observadores que se trata de simulaciones y no de síntomas reales, habiendo sido juzgados más de una vez por esta causa como mentirosas las personas histéricas.

Me he ocupado en otros artículos de la ambliopia y de la ceguera que sobrevienen en el curso de la neurosis, siendo mi propósito referir ahora ciertos hechos muy notables, que he podido estudiar últimamente, y que han sido mencionados por varios observadores.

Si la ambliopia ó la discromatopsia son monoclulares, observaciones cuidadosas, practicadas en estos últimos tiempos, revelan la existencia de fenómenos muy extraños y de difícil explicación.

Es bien sabido que la discromatopsia histérica, señalada primero por mi querido maestro el Dr. Galezouski, ha sido estudiada después con minuciosidad, por diversos clínicos, como Charcot, Laudolt y Parinaud, etc., y de estas numerosas observaciones se infiere, que en la gran mayoría de casos, los colores se pierden en el orden siguiente: violado, verde, rojo, anaranjado, amarillo y azul, lo cual está relacionada con la extensión que en el campo periférico normal ocupan esos colores, teniendo el campo más extenso el azul, siendo el más estrecho de todos el del violado, y así sucesivamente. Aun á esta regla general, se han encontrado excepciones del todo inexplicables, habiendo casos de histeria en que persiste la percepción del rojo, no obstante que se han perdido ya el anaranjado, el amarillo y aun el azul.

Hechos aun más singulares pueden presentarse en casos de discromatopsia histérica bi ó monocular; descubiertos esos hechos por Char-

cot y Regnard, han sido confirmados después numerosas veces.

Los autores citados se servían de un disco giratorio semejante al de Newton, dividido en sectores alternativamente rojos y verdes; después de asegurarse que el color verde no era apreciado por una histérica, que aseguraba verlo gris, se hacía girar rápidamente ante su vista el disco mencionado, y en contra de lo que pudiera esperarse, la histérica afectada de discromatopsia para el verde, hacía la síntesis de este color y del rojo, declarando ver blanquecino el disco giratorio; mostrando á la misma paciente dos discos, uno con sectores rojos y verdes, y otro con sectores rojos y blancos, no encontraba entre ellos diferencia apreciable, pero haciéndolos girar con rapidez, veía blanquizco el primero, y rojo pálido el segundo, lo que corresponde á una apreciación normal de los colores. Regnard experimentó del modo siguiente en una histérica afectada de discromatopsia para el rojo: le hizo que mirase fijamente un cuadrado de aquel color dispuesto sobre fondo blanco; la enferma lo veía gris, pero después de algún tiempo comenzó á percibir la imagen consecutiva de un cuadrado de iguales dimensiones, y verde, es decir del color complementario de aquel que no apreciaba.

Si se examina separadamente la facultad cromática de cada ojo, en una persona histérica y se encuentra que cada órgano aisladamente, no percibe un color, el violado por ejemplo, puede suceder que aquel color sea distintamente reconocido, cuando emplea el individuo observado la visión bi-ocular; este hecho mencionado primero por Parinaud, lo hemos podido confirmar después, muchos médicos, que cultivamos estos interesantes estudios.

No son menos notables los fenómenos observados en casos de discromatopsia histérica monocular. Parinaud y Pitres, han hecho una experiencia que transcribo textualmente: «Un cuadrado de papel verde es visto gris, con el ojo izquierdo anormal y verde con el ojo derecho sano. Si se coloca ante el ojo derecho un prisma que haga ver dos imágenes del papel, en lugar de que una sea verde y la otra gris, como debiera esperarse, las dos imágenes son verdes.»

Algo análogo se observa cuando en lugar de

discromatopsia, se trata de ambliopía ó de estrechamiento del campo periférico, que se presentan en un solo ojo. Si al que simula ceguera unilateral se le examina con la caja de Flees, descubre inconscientemente su superchería, pues los espejos colocados en el interior de la caja, hacen que se vea del lado izquierdo la imagen correspondiente al ojo derecho, y viceversa; el que ignora esta ingeniosa disposición y finge no ver con un ojo, se delata al momento, asegurando que sólo ve la imagen que no debiera distinguir, en el caso de ceguera monocular. Si se hace esta experiencia con un individuo afectado de la llamada amaurosis histérica unilateral, asegura en el acto, y con toda ingenuidad, que percibe dos imágenes.

Cuando se examina el campo periférico estrechado monocularmente en un histérico, se verá que su extensión puede aumentar hasta 20°, según Parinaud, si se hace que el paciente abra el ojo no observado.

Estas experiencias parecen probar que todas las perturbaciones que se manifiestan por debilidad de las variadas facultades visuales en los sujetos histéricos (poder cromático, agudez, visual, visión periférica), existen sólo en la visión monocular, tendiendo á desaparecer ó á modificarse cuando menos en la visión con ambos ojos.

Intencionalmente empleo esta forma reservada de la proposición, y no digo categóricamente, que sólo existen los trastornos en la visión monocular, pues aun cuando así lo aseveran autoridades para mí tan imponentes como Parinaud y Pitres, algunas observaciones personales, me han enseñado que pueden modificarse los fenómenos morbosos, sin desaparecer totalmente en la visión bi-ocular.

He procurado variar las condiciones de experimentación, usando algunos otros medios, que se me han ocurrido para este género de estudios y he procedido también en mis observaciones, empleando los recursos ya utilizados antes por otros observadores. He mandado construir diversos círculos con sectores alternativos de distintos colores, cuyos círculos pueden adaptarse á un aparato giratorio, como el del disco de Newton; tengo el honor de presentaros algunas muestras; además del disco clásico del célebre físico inglés, hay otros con sec-

tores alternativos de dos colores complementarios: verde y rojo, azul y anaranjado, violeta y amarillo; para poder reconstituir el blanco con los dos colores de cualquiera de esos discos, es indispensable, en los casos comunes, que cada uno de dichos colores sea claramente percibido; si la imagen no es nítida, si el verde se aprecia como gris, ya no se obtendrá el blanco, por su mezcla con el rojo; si hay discromatopsia para el violado (caso muy común), tampoco reproducirá el blanco, incorporado al amarillo; lo mismo digo respecto del azul y el naranjado. Otros discos sirven para producir colores compuestos: hay un azul y amarillo, que da un hermoso verde; otro azul y rojo, que produce violado, y un tercero rojo y amarillo, que determina la sensación de un bello naranjado. Como en los casos anteriores, es indispensable apreciar cada uno de los colores, para obtener por su fusión, el compuesto resultante; salvo en los casos de histeria. Me he servido también de un modelo más sencillo que el aparato giratorio de Newton; consiste en una perinola ó peonza, en cuya parte superior se colocan pequeños discos, divididos en sectores de coloraciones variadas, obteniéndose la fusión de las ondas luminosas, por el movimiento de rotación impresa con los dedos al pequeño aparato. Sirviéndome de estos medios variados de observación, he podido confirmar, que en los casos de discromatopsia histérica en contra de lo que á primera vista pudiera imaginarse, el blanco y los colores compuestos se producen, aun cuando no sea percibido alguno de los colores complementarios ó componentes.

¿Cómo explicar estos hechos paradójicos? Si admitimos, según la concepción moderna de la histeria, que hay en esta neurosis, perturbaciones funcionales, dinámicas ó si se quiere polares, de las neuronas correspondientes á los altos centros cerebrales que presiden á la percepción superior, á los actos más elevados del juicio, y del «yo consciente;» no es difícil admitir con Charcot, que si un histérico está afectado de acloropsia, es decir, de ceguera para el verde, cuando la vibración luminosa que produce ese color, llega al centro cerebral perceptivo no es juzgada, percibida, pero obra aún físicamente, sobre dicho centro, y unida á la vibración roja, puede despertar la sensación del blanco; expli-

cación análoga puede darse para los histéricos afectados de aneritropsia (ceguera para el rojo), de anantropsia (ceguera para el violado), etc. El fenómeno de las imágenes consecutivas señalado por Regnard, sería susceptible de una interpretación semejante.

Es claro que, si se trata de lesiones materiales de la retina, de los centros corticales, ó de los medios de unión entre ambos, jamás se presentarán fenómenos de la especie que estudio, pues las vibraciones luminosas, correspondientes á tal ó cual color, no sólo no son juzgadas, percibidas; más aun, no pueden obrar ya físicamente sobre elementos nerviosos alterados en su estructura, y el color perdido, no podrá ser incorporado con otro en el disco giratorio.

Para el estudio de la ambliopía y discromatopsia monoculares, me he servido en primer lugar del prisma. Una enferma con histeria perfectamente caracterizada (ataques convulsivos y diversos estigmas), vino del Estado de Guanajuato, hace algún tiempo á consultarme; no refiero su historia clínica pormenorizada por no alargar esta Memoria; sólo citaré un hecho que llamó vivamente mi atención; en el ojo izquierdo más que ambliopía, había completa ceguera, casi sin percepción luminosa, con integridad del nervio óptico y de la retina, y con midriasis ligera, aunque persistiendo imperfectamente el reflejo pupilar luminoso. La paciente era incapaz de distinguir los movimientos de la mano, y no podía conducirse cerrado el ojo derecho. A pesar de todo, colocando ante su ojo derecho, con la arista hacia abajo, el prisma que os presento, y poniendo delante de ella una moneda de plata, sobre fondo oscuro, percibía dos imágenes, de las que una estaba encima de la otra; para convencerme de la realidad del fenómeno, cambié la posición del prisma, poniendo la arista hacia arriba; en el acto cambió la posición relativa de las imágenes, quedando siempre en línea vertical; por último, coloqué la arista verticalmente, y entonces las imágenes eran vistas una al lado de la otra, siendo sin embargo, en todas las experiencias menos nítida la imagen correspondiente al ojo amaurotico. Aun cuando he repetido estas observaciones en otras histéricas, ambliópicas monoculares, ningún caso me ha parecido tan notable como éste, pues la agudeza visual del ojo izquierdo era nula en la visión

monocular. Tampoco percibía los colores con el ojo anormal, y sin embargo, haciéndola ver un cuadrado verde ó rojo sobre fondo blanco, y empleando el prisma como en los otras observaciones, veía dos cuadrados, con su verdadero color.

También se me ha ocurrido emplear el estereoscopio en estas experiencias; sabido es que para percibir el relieve de los objetos representados en las vistas estereoscópicas, es indispensable que haya visión bi-ocular; empleando fotografías transparentes muy perfectas, como la que tengo el gusto de mostraros, y cerciorándome primero, de que el sujeto examinado no percibía el relieve, viendo nada más que con el ojo normal, lo hacía fijarse después con ese y con el ambliópico; la figura se destacaba luego de bulto, como me decían los enfermos. Estas observaciones han sido hechas en personas ilustradas, cuyo grado de intelectualidad no dejaba duda respecto de las sensaciones que referían. No obstante, para eliminar la causa de error, debida á la imaginación ó á la ignorancia de la persona examinada, he empleado con muy buen éxito en este género de estudios, algunos de los dibujos del estereoscopio de Javal, los que fueron ideados por el distinguido oculista con otro objeto diferente, algunos de esos dibujos están dispuestos de tal modo, como podéis juzgar por los que presento, que la figura del lado derecho completa la del izquierdo, siendo muy diferente el aspecto, según que se ve con uno solo ó con los dos ojos. En la enferma que antes mencioné, no pude conseguir que completara las figuras, apreciando sólo con claridad la imagen correspondiente al ojo normal, no obstante los resultados obtenidos con el prisma. Por esto decía que los trastornos visuales de naturaleza histérica unilaterales *tienden á desaparecer, ó á modificarse cuando menos*, en la visión bi-ocular. Como el último medio que he descrito da resultados precisos en las investigaciones clínicas y es de fácil empleo, no puedo menos que recomendarlo.

En casos de ambliopía ó acloropsia (caso muy común), ó aneritepsia (caso menos frecuente) unilaterales, se me ocurrió emplear en mis observaciones el «*anaglifo*,» que también os presento; construido con un objeto recreativo, como un juguete óptico, está fundado en que el verde y el rojo son complementarios; figuras trazadas

sobre cartones, con dobles contornos de esos colores, aparecen con un relieve perfecto, destacándose en diversos planos, cuando se les ve á través de un vidrio rojo colocado delante del ojo derecho y de otro vidrio verde puesto frente al ojo izquierdo. Para que pueda apreciarse el relieve en las figuras en el «*anaglifo*,» tres condiciones son indispensables: 1^a Que el que mira sea emétrope ó corrija su refracción con lentes adecuados. 2^a Que vea igualmente con los dos ojos; y 3^a Que no tenga acloropsia ó aneritropsia bi ó monocular. Se ve por lo mismo cuántas aplicaciones puede tener un simple juguete de óptica. Aplicado á la investigación de los fenómenos oculares histéricos, se encuentran los resultados que eran de inferirse, según las experiencias anteriormente relatadas. Aun cuando haya ambliopía monocular ó discromatopsia, se obtiene la sensación completa de relieve, lo que no pasa en tratándose de lesiones oculares de causa material. La explicación de hechos tan extraños no es fácil, á decir verdad, habiéndose emitido sobre el particular diversas hipótesis más ó menos probables. Binet admite los efectos dinámogénicos de las excitaciones sensoriales, fundado en las experiencias de Teré, y dice textualmente: «Cuando los dos ojos están abiertos al mismo tiempo, las excitaciones visuales recibidas por cada uno de ellos ejercen sobre el otro ojo, sobre su sensibilidad cromática, sobre la extensión del campo visual, una acción dinámogena.»

Pitres y Parinaud creen que los centros de percepción encefálica de las imágenes visuales, no son los mismos para la visión bi y para la monocular, pudiendo los unos encontrarse paralizados ó paréticos, y los otros funcionar correctamente.

Bernheim, muy afecto á las explicaciones de psicología patológica, por fenómenos de orden sugestivo, refiere los hechos mencionados á un acto de sugestión inhibitoria, y se expresa en estos términos: «La persona histérica, neutraliza inconscientemente con su imaginación la imagen visual percibida.»

Admitase cualquiera de estas maneras ingeniosas de representar los fenómenos, ó no se admita ninguna, los hechos clínicos son exactos, y revisten como es fácil comprenderlo un grandísimo interés.

En lo que concierne á las alteraciones del campo visual, inclusive la hemianepsia, que he podido comprobar con todos sus caracteres á primera vista contradictorios, se ha procurado explicarlas científicamente, llegando á conclusiones muy notables.

Esta forma de perturbación visual participa de los caracteres generales de todas las anestias histéricas; éstas han sido comparadas hasta cierto punto á las distracciones; entre la percepción sub-consciente, sub-liminal de Myers, ó poligonal de Grasset, y la percepción consciente, que da la idea del yo inteligente, libre y responsable, hay una diferencia radical: la primera, encomendada á centros verticales inferiores, que forman el polígono del ilustre Profesor de Montpellier, no tiene que ver con la conciencia individual; la segunda, regida por neuronas superiores que forman el centro O de Grasset, presupone un psiquismo elevado, un acto de verdadera síntesis personal.

En los fenómenos llamados de distracción, las dos clases de centros se encuentran disociados; una persona profundamente distraída no tiene conciencia de lo que le rodea; puede no sentir el frío, los rayos ardientes del sol, la picadura de un insecto; puede no mirar los objetos que tiene por delante, ó no escuchar los sonidos que se producen á su alrededor. El célebre geómetra Pascal no percibía algunos dolores intensos cuando estaba abstraído en la solución de un problema. John Stuart Mill, meditando en su sistema de lógica, recorría las calles más bulliciosas de Londres, sin tropezar, pero sin darse cuenta de lo que le rodeaba, y sin reconocer ni á sus amigos íntimos. Arquímedes, á raíz de su descubrimiento, salió desnudo á la calle, sin darse cuenta de sus acciones, como dice Grasset, marchaba con su polígono, y gritaba «Eureka,» con su centro O.

Beethoven, al volver de sus excursiones á los bosques, distraído con sus pensamientos artísticos, olvidaba con frecuencia sus vestidos, y llegaba desnudo á la ciudad, siendo aprisionado una vez por vagabundo.

Goethe y Hegel, citados también por Grasset, continuaron sus trabajos cerca del campo de batalla de Valmy el primero, y de Sena el segundo, sin percibir el ruido formidable del combate, ni darse cuenta del peligro que corrían.

Una persona distraída piensa una cosa y hace otra; el centro O del psiquismo superior y consciente se independe de los cuatro poligonales inferiores de sensación sub-consciente; pueden las impresiones aun demasiado intensas no pasar la primera etapa de centros nerviosos, sea porque el centro superior O del esquema de Grasset se encuentre débil, fatigado, y abdique la dirección que normalmente ejerce sobre los centros poligonales, sea al contrario porque absorbido por una idea fija, dominado por una obsesión, no comunica ya con los centros inferiores.

Las anestias de las personas histéricas, móviles, variables en su grado, dotadas de caracteres paradójicos, son comparables á los actos mencionados; una histérica con anestesia profunda de una mano puede hacer uso de ella y llevar á cabo maniobras complicadas; puede hacer un moño, abotonarse los guantes, escribir, etc., sin darse cuenta de su insensibilidad, que sólo es revelada por un examen cuidadoso; esto no acontece jamás en una persona afectada de anestesia orgánica; el adormecimiento del miembro le impide usar hábilmente de él; en el caso de histeria, las impresiones llegan hasta los centros poligonales sub-conscientes, y pueden aun despertar reflejos, movimientos asociados en grupos fraccionales pre-establecidos, logrando el enfermo ejecutar inconscientemente, movimientos delicados; el campo de la conciencia personal está estrechado, como lo está el campo periférico de la visión; la actividad sub-consciente poligonal persiste sin embargo.

Si se tiene en cuenta el hecho anatómico descubierta por Ramón y Cajal, referente á las relaciones de contigüidad, que afectan en sus extremidades las prolongaciones de las neuronas y si se admiten con Widersheim, los movimientos amiboides de los elementos celulares nerviosos, fácil es comprender que las conexiones que entre esos elementos existen, normalmente pueden ser interrumpidas, por la retracción más ó menos duradera de las prolongaciones nerviosas celulares, quedando independidos los centros verticales superiores; esto conduciría á considerar con Pierre Janet la histeria, como una psicosis, «perteneciente al grupo de las enfermedades mentales, por insuficiencia cerebral, y caracterizada, sobre todo, por síntomas morales,

siendo el principal una disminución de la facultad de síntesis psicológica.» A esta concepción moderna de la histeria, Dutil añade lo siguiente: «Ciertos fenómenos elementales, sensaciones é imágenes, cesan de ser percibidos, y parece que se suprimen de la percepción personal, de donde resulta una tendencia á la división permanente y completa de la personalidad, á la formación de varios grupos, independientes unos de otros. Este estado favorece la formación de ciertas ideas parásitas, que se desarrollan aisladamente, libres del criterio de la conciencia personal y que se manifiestan por las perturbaciones más variadas y de apariencia física.» El mismo autor añade: «No debemos olvidar, sin embargo, los numerosos fenómenos orgánicos que se demuestran en las personas histéricas: las perturbaciones de la nutrición general, los trastornos tróficos y vaso-motores; estos síntomas se refieren también, á no dudarlo, á las perturbaciones psíquicas que dominan el estado morbozo, pero ignoramos aún el lazo, el mecanismo fisiológico que une entre sí estos dos órdenes de fenómenos.

Estas tentativas de explicación, deben considerarse como laudables esfuerzos que contribuyen al progreso científico; hay todo un abismo interpuesto entre el modo racional de representar los fenómenos, que he recordado en breves términos, y las antiguas suposiciones de influencias sobrenaturales, ó las absurdas y metafísicas concepciones, de vapores imaginarios, que partiendo del útero y siguiendo el trayecto de los nervios, producirían trastornos generales en el organismo histérico.

De todos modos, el análisis clínico moderno, llevado á cabo con las reglas de la lógica más severa, demuestra la existencia de los fenómenos que he descrito, cualquiera que sea su explicación. Los trastornos visuales, como otros muchos que se presentan en la histeria, son paradójicos en apariencia, y dan á primera vista la idea de una simulación; examinados atentamente, se nota que, aun cuando al parecer contradictorias, obedecen á leyes fijas, que en gran parte conocemos ya. Sus caracteres singulares les dan gran valor para el diagnóstico de un estado morbozo, que puede presentarse con apariencias engañosas, incitando otras muchas enfermedades, según la expresión de Hoffmann «*Morbus ille, aut potius morborum cohors.*»

México, julio 19 de 1905.

DR. JOSÉ RAMOS.

REVISTA EXTRANJERA

Nuevos tipos morbosos de neuralgias, de neurosis y de reumatismo.

El Dr. Julio Weiss, de Viena, trató de este asunto en el último Congreso alemán de Medicina interna.

Estados patológicos que en otro tiempo se consideraban simples, se ha visto después que se podían descomponer en varios estados patológicos diversos. Este hecho se ha confirmado de un modo muy evidente en las tres formas patológicas que se conocen con el nombre de neuralgias, neurosis y reumatismo. La tendencia á crear «unidades nosológicas» y á darles carácter de permanencia, se manifiesta de un modo muy ostensible en la enfermedad de Bernhardt-Roth. La comprobación de casos completamente típicos de este género justifica perfectamente la creación de la entidad patológica que se conoce con el nombre de neuralgia parestésica. En diversas partes del cuerpo se observan neuralgias de naturaleza desconocida. Una de ellas se encuentra como tipo patológico especial en la zona del choque del latido cardíaco. En el dominio de las neurosis hay que admitir también la creación constante de nuevos estados patológicos. Como tales, hay que considerar los estados de opresión (agorafobia) en los que se puede comprobar como factor etiológico común la *obstinencia sexual*. Como forma independiente de reumatismo articular, existe un estado patológico crónico muy notable, caracterizado por intervalos libres de dolores, que alternan con ataques agudos y violentos, estado que demuestra que la infección blenorragica puede permanecer adormecida por muchos años para reaparecer de nuevo manifestándose en las articulaciones.

También se dan casos de reumatismo crónico sin afecciones articulares y cuya base anatómica son lesiones histológicas típicas en el tejido celular subcutáneo y en los músculos. Presenta localizaciones muy características en la inserción del músculo deltoideo, en el músculo trapecio, en la región sacra, etc.; simula á menudo la neuralgia ciática y se la atribuye sin razón una etiología artrítica.—(*Zentralblatt für innere Medizin*).