

PSIQUIATRIA.

La psicoterapia armada en los accidentes histéricos.

TRABAJO REGLAMENTARIO PRESENTADO A LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO POR EL DR. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ, MIEMBRO CORRESPONDIENTE EN LEÓN (MÉXICO).

Siendo la histeria una psiconeurosis, una enfermedad que parece consistir esencialmente en una desagregación del psiquismo, en una perturbación de la personalidad, de tal modo que las diversas manifestaciones de esta gran neurosis vienen a reducirse, en último análisis, no a la pérdida de la función, sino a la separación de esta función de la conciencia personal del enfermo, es evidente que el tratamiento que más conviene es el psíquico, es decir, la terapéutica que tienda a rehacer la unidad del psiquismo, la terapéutica que se proponga hacer reentrar en el dominio de la conciencia la función emancipada.

Por ejemplo: un histérico monoplégico del brazo derecho, se-

rá incapaz de ejecutar el más insignificante acto voluntario, y sin embargo, durante el sueño, independientemente de la voluntad, practicará movimientos que exigen una gran coordinación, como el acto de rascarse. Otro histérico sufrirá discromatopsía para el rojo y, no obstante, si hacemos girar en su presencia un disco con sectores alternativos rojos y verdes, verá el disco blanco, haciendo la fusión de los colores, tal como si no existiera la ceguera para el rojo; o bien, el enfermo padecerá amaurosis monocular y, a pesar de ello, cuando se coloque un prisma delante de uno de sus ojos, aparecerá la diplopía, demostrando que conserva la visión binocular, a pesar de la ceguera monocular.

Abundan a este respecto los ejemplos y, si analizamos cuidadosamente las diversas manifestaciones histéricas, llegamos a la conclusión a que han llegado distinguidos psicólogos, de que *toda perturbación histérica es una idea o un acto psicológico o una función que se separa de la conciencia personal del enfermo, para obrar fuera de ella, sin su control y sin su conocimiento; pero persistiendo íntegra la función.* (Pierre Janet).

Todo el papel del terapeuta se reduce, pues, como decía, a hacer reentrar la función emancipada en el dominio de la conciencia, a procurar que el enfermo se dé cuenta que persiste la función que creía perdida y a sujetar dicha función al yugo de la voluntad.

¿Y cómo se alcanzará tan feliz resultado?

¿Encontraremos en los almacenes del drogista la maravillosa substancia que obre el anhelado prodigio?

Este ha sido durante largos años el error de la terapéutica: buscar en los productos químicos el remedio de la histeria.

Contra el desequilibrio psíquico, fondo y esencia de esta neurosis, sólo tenemos que acudir a los medios psíquicos, es decir, a la psicoterapia.

Pero, si distinguimos con el Profesor Grasset dos psicoterapias: la inferior o sugestiva y la superior o total; la inferior, que se dirige únicamente a los centros cerebrales inferiores, a los subconcientes, a los que presiden los actos automáticos, y la superior, que se dirige a todo el psiquismo y en especial a los centros superiores, a los concientes, a los que presiden a los actos voluntarios; si distinguimos esas dos psicoterapias, repito, creo

que debemos preferir la superior, la que se dirige a todo el psiquismo del enfermo, que ella tiende a reintegrar; y, en cambio, necesitamos abstenernos, por regla general, de la psicoterapia inferior.

Digo que necesitamos abstenernos *por regla general* de la psicoterapia inferior o hipnótica, en el tratamiento de la histeria, porque puede haber casos, y de hecho los hay, en que tal terapéutica sea la que más convenga. Pero, como para hacer terapéutica sugestiva o psicoterapia hipnótica, es preciso separar en el enfermo, por medio del sueño artificial, sus dos actividades psíquicas, la consciente y la subconsciente (Grasset), aniquilar en cierto modo, durante la hipnosis, la función de los centros superiores, para obrar únicamente sobre los centros automáticos, cuya actividad se exalta; como, por otra parte, todo accidente histérico depende esencialmente de la emancipación de estos centros automáticos, que entonces funcionan independientemente de la actividad psíquica superior y consciente, paréceme evidente, aún para el sentido médico más rudimentario, que es *prudente* no emplear, sin maduro examen, una terapéutica que, por su naturaleza misma, tiende a exagerar el ya existente desequilibrio en el psiquismo del enfermo.

No presenta tal escollo la psicoterapia total, pues ésta se dirige al psiquismo completo y, por tanto, contribuye a rehacer la integridad y equilibrio del funcionamiento psíquico, perturbado en la histeria.

Pero ¿cuál será la manera práctica de aplicar la psicoterapia superior en los diversos accidentes histéricos? Dado un mutismo, una monoplegia, una ambliopía, etc., de naturaleza histérica ¿cómo debemos proceder?

Lo que ya conocemos de la psicología de los accidentes histéricos, y que acabamos de anotar, nos puede servir de guía.

Tres cosas se deducen del análisis psicológico de los accidentes histéricos.

- 1ª que persiste la función en toda su integridad;
- 2ª que esa función está fuera de la conciencia, es decir, que el enfermo no se dá cuenta de que tal función persiste, y
- 3ª que la voluntad del enfermo no tiene tampoco dominio sobre la función emancipada.

Si, pues, tenemos la función en toda su integridad, nuestra

terapéutica no perderá el tiempo en tratar de despertar una función dormida, sino que, sabiendo que cuenta con ella, que ésta no padece ninguna perturbación, sólo intentará dos cosas:

1ª, que el enfermo se dé cuenta que existe la función que cree perdida, o lo que es lo mismo, hará entrar la función en el dominio de la conciencia, y

2ª, una vez que el enfermo tenga conciencia de su función, hacer que la voluntad se enseñoree de ella, de tal modo que el enfermo no sólo *sienta* que persiste la función emancipada, sino que la reconquiste y someta al dominio de su voluntad.

Para conseguir estos felices resultados, cuya consecuencia es la curación de los accidentes histéricos, he empleado lo que denomino PSICOTERAPIA ARMADA: *psicoterapia*, porque mi razón se dirige al psiquismo del enfermo; *armada*, porque, para impresionar más vivamente al enfermo y para facilitarme la tarea, me valgo de las *armas* que la clínica pone a mi alcance: ya los aparatos de exploración (campímetro, cromatoscopio, estesciómetro, etc.), ya los instrumentos de curación (máquinas eléctricas, blefaróstato, etc., etc.)

Los medios psíquicos empleados por mí son: la *enseñanza*, haciendo conocer al enfermo lo que él ignora; la *reeducación*, ejercitando la función perturbada hasta restituirle todo su alcance y energía; la *persuasión*, convenciendo al enfermo que *puede*, si *quiere*, ejecutar el acto deseado, etc., etc.

Un ejemplo aclarará mi modo de proceder: me encuentro ante un monoplégico; no discuto con el enfermo; no trato de convencerlo de que su impotencia funcional es fácilmente curable; menos, muchísimo menos, le ordeno imperativamente que mueva su brazo, pues no *quiero que mi voluntad substituya la suya*; sino que, una vez hecho el diagnóstico de monoplégia histérica y seguro, *plenamente seguro de tal diagnóstico*, digo al enfermo: "vamos a practicar a usted la primera curación," y le aplico la corriente eléctrica (esta es mi *arma* en tal caso). Cuando el miliamperómetro me señala que la intensidad de la corriente es suficiente para provocar contracciones enérgicas (10 a 20 miliamperios, no más, para no producir dolor), hago algunas interrupciones de la corriente y procuro que el enfermo *vea* sus contracciones (*enseñanza*); luego indico al enfermo que estas contracciones que él ve son una buena señal, que todos sus múscu-

los están bien y todos sus movimientos pueden ejecutarse; y para convencerlo de ello hago que se contraigan los flexores, los extensores, etc. (nuvo medio psíquico: el *convencimiento*). En vista de que sus músculos pueden contraerse bien, digo al enfermo que voy a prolongar un poco la duración de la corriente para que al terminar mi aplicación eléctrica, ya pueda él practicar algunos movimientos voluntarios (*sugestión*; la psicoterapia total no excluye la sugestión que se dirige al psiquismo inferior, precisamente porque es *total*, porque se dirige a los dos psiquismos, únicamente no la emplea a ella sola), y cuando acabo mi aplicación eléctrica, que no ha tenido más objeto que llamar la atención del enfermo sobre su miembro paralizado, y, por tanto, hacer entrar la función en el dominio de la conciencia, invito al enfermo a que haga movimientos, aunque sean muy pequeños: generalmente logro el resultado, lo que es favorabilísimo para el pronóstico y, una vez logrado, emprendo la *reeduación* de los movimientos, la que acaba por someter a la voluntad la función desviada.

Podría multiplicar los esquemas de mi terapéutica psíquica; más prefiero que hablen los hechos: ellos con su elocuencia probarán, mejor que todas las disquisiciones teóricas la eficacia de la *psicoterapia armada en los accidentes histéricos*.

*
* *

Mutismo histérico completo datando de un mes.—Curación en dos sesiones de psicoterapia armada.

La Señorita M. J., de 19 años de edad, se presentó a mi consultorio acompañada de su hermana. Ninguna cosa, en su fisonomía, en su andar, en su complexión, ni en su aspecto general, llamaba desde luego la atención del médico: la joven era alta, fornida, de buen color, mirada inteligente y viva; pero sí chocaba desde luego que la Señorita no saludara de viva voz, sino con una simple inclinación de cabeza.

Contóme la hermana, para disculpar a la enferma, que esta padecía ataques convulsivos—única enfermedad que adolecía, no existiendo pasado patológico personal o hereditario, digno de mención—y que un mes hacía que después de uno de esos ataques convulsivos con pérdida del conocimiento, volvió en sí.

completamente muda, no habiendo logrado que pronunciara una sola palabra, a pesar de los muchos medicamentos (bromuros, tónicos, etc.) administrados por los médicos de la ciudad de su residencia.

Exploré a la joven y no encontré otro síntoma que el mutismo más absoluto.

Quise darme cuenta del estado de su lenguaje en todos sus detalles y no tuve dificultad en comprobar que conservaba *íntegro* el lenguaje escrito, así como el *visual* y el *auditivo*: contestaba por escrito a mis preguntas, con toda exactitud y aún con perfecta sintáxis y ortografía; copiaba con facilidad cuanto le presentaba, manuscrito e impreso; y escribía, sin omitir detalles, la historia de sus padecimientos.

Su lenguaje, pues, sólo presentaba un vacío, la ausencia de la palabra. Pero ¡qué ausencia! La enferma era *completamente* incapaz no sólo de hablar, pero ni siquiera de ejecutar el *más insignificante* movimiento de los labios o de la lengua que tuviera relación con el habla, ni siquiera era capaz de emitir sonidos, aunque fuera en voz baja.

Se ordenaba a la enferma que fingiera silbar, y lo hacía; se le rogaba que moviera la lengua, y ejecutaba todos los movimientos pedidos; pero se le instaba a que hiciera el más sencillo movimiento para articular la más fácil palabra; por ejemplo, que, aunque fuera sólo con los labios y sin emitir sonido, intentara decir *mamá*, e ¡imposible! los labios no obedecían.

¡Qué más! le rogaba que pusiera la boca como para emitir la bocal *a*, o que en voz baja pronunciara *e*, y ¡*nada!*: el más completo olvido del movimiento más rudimentario relacionado con el lenguaje articulado.

Y ni siquiera la fisonomía revelaba algún esfuerzo para hablar: en tanto se le pedía que hablara, permanecía impassible, ni una arruga, ni una contracción en su semblante.

Por supuesto que este *mutismo afónico* absoluto contrastaba con la vivacidad y energía de sus contestaciones hechas por escrito, y la integridad de sus funciones intelectuales, revelada por la precisión y cordura de sus respuestas.

La fisonomía de este *mutismo* es tan clara, que no cabe ni discutir el calificativo de *histérico* que hay que aplicarle; máxime

cuando hizo su aparición después de una crisis convulsiva, originada por contrariedades eróticas.

En posesión de mi diagnóstico y sin pérdida de tiempo, para no desperdiciar la impresión favorable que mi exámen detenido y minucioso forzosamente había producido en mi enferma inteligente, le indiqué que iba a practicarle la primera cura, la que consistiría en una aplicación eléctrica.

Por manejables, recurrí a las corrientes contínuas, 10 miliamperios de intensidad, aplicando el polo positivo en la nuca y el negativo sobre los labios. Produje algunas interrupciones de la corriente que ocasionaron la contracción del orbicular de los labios, y después de algunos intentos, conseguí que la enferma *bosquejara* las palabras *papá* y *mamá*, lo que hacía con manifiesto esfuerzo, y *sólo dibujando* en los labios la palabra, pero *sin emitir aún el más leve sonido*: la enferma tenía ya la conciencia del movimiento de sus labios, pero todavía nó la de los movimientos laríngeos, necesarios para emitir siquiera la voz baja.

Animado con este principio de triunfo, apliqué el electrodo sobre la lengua, disminuyendo la intensidad de la corriente hasta 5 miliamperios, hice las necesarias interrupciones, y después de algunos instantes conseguí el *bosquejo* de palabras en que intervinieran linguales, etc.; pero, debo llamar nuevamente la atención sobre esto, *solamente lograba el bosquejo de la palabra, los movimientos de articulación, pero aún sin emisión de sonido*.

Ved cuán lentamente volvía la función al dominio de la conciencia!

Entonces apliqué el mismo electrodo negativo sobre la laringe y provoqué las consabidas interrupciones de la corriente, para que la rara sensación experimentada por la enferma, le trajera el recuerdo de la emisión del sonido: pude entonces, en efecto, conseguir que dijera *e*, en voz baja: ¡era ya un triunfo!

Luego conseguí que hiciera algunos ejercicios de pronunciación (reeducación rápida), aunque éstos se verificaban en voz baja.

Haciendo un suave masaje digital sobre la laringe, en el momento de hablar—lo que aún hacía ella con gesticulaciones del rostro; que denotaban esfuerzo—logré despertar en la enferma la idea de la contracción de los músculos laríngeos, requerida

para emitir un sonido fuerte, hasta que, después de algunas infructuosas tentativas, lo conseguí: brotó el sonido terso, claro, bien timbrado, propio de una laringe juvenil y femenina.

La enferma recobraba el uso de la palabra. Por pacientes y minuciosos esfuerzos que duraron más de una hora, la psicoterapia armada había logrado hacer entrar el lenguaje articulado en la conciencia de la enferma, así como, permitidme la burda comparación, el cirujano, tras largos esfuerzos, logra introducir en la articulación la epífisis del hueso luxado.

Dí a la enferma un periódico del día y, la que por un mes sufriera el más completo mutismo, pudo leerme, con buena voz, todo un editorial de política.

Recomendé a la enferma que leyera o platicara toda la tarde en voz alta y le rogué volver al día siguiente para afirmar, con nuevas prácticas psicoterápicas, el éxito obtenido.

Al siguiente día se presentó la enferma nuevamente y pude hacer que practicara algunos ejercicios de solfeo y de bocalización (conocía música), pues el mutismo histérico se había extendido hasta el lenguaje musical.

Ha pasado ya algún tiempo y, por fortuna, la enferma no ha sufrido recaída en su mutismo, aunque ha padecido nuevas crisis convulsivas.

*
* *

Ambliopía, discromatopsia, micropsia histéricas y estrechamiento del campo visual, curados completamente en 5 sesiones de psicoterapia armada.

La señorita E. L., de 20 años de edad, viene a mi consultorio para enfermos de ojos, quejándose de que hace más de dos meses su vista ha disminuido considerablemente, al grado de no poder ya leer ni coser.

Efectivamente: la agudeza visual era de dos décimas para el ojo izquierdo y únicamente de un vigésimo para el derecho, no obstante lo cual la señorita L. llegaba a mi consultorio sin ser conducida por nadie y sin revelar en el semblante esa depresión de espíritu que ocasiona la ceguera.

Sería este un dato muy digno de tenerse en cuenta en la hora del diagnóstico, si la señorita L. no me fuera muy conocida en

sus antecedentes patológicos: varias veces había sido llamado yo a consulta, a su ciudad de residencia, con motivo de diversos accidentes histéricos de la mencionada señorita, todos de cierta gravedad.

Los accidentes histéricos que yo le había observado eran: una hemiplegia histérica con astasia-abasia que duró algunas semanas; una hemianestesia de las más pronunciadas, y—circunstancia digna de anotarse—la hemianestesia fué descubierta por la misma enferma, no fué sugerida por el exámen médico; crisis convulsivas de tal intensidad, de tal modo frecuentes y de tal duración (3 diarias, durando una hora), que constituían para la enferma y su padre (eran los dos solos) un verdadero tormento.

En esas ocasiones había logrado triunfar, por la psicoterapia, de los señalados accidentes.

Mas volvamos a las perturbaciones actuales. El exámen más cuidadoso me reveló todo lo siguiente:

1º Integridad absoluta de los ojos: el aspecto exterior y oftalmoscópico, los medios oculares, los reflejos pupilares, las membranas profundas, todo era normal.

2º Marcada ambliopía para los dos ojos: en el ojo derecho $V = 2/10$ y en el izquierdo $V = 1/20$.

3º Discromaptosía marcada para el azul y el verde.

4º Estrechamiento del campo visual, con inversión del límite relativo de los colores, siendo más extenso el campo para el rojo, según es regla general en la histeria.

5º Micropsía tan manifiesta, que una superficie de un decímetro cuadrado, la veía como si fuera de un centímetro: hice varias pruebas con cuadrados de papel, cuyo tamaño no podía la enferma presumir, y siempre indicó una proporción semejante entre la superficie real del cuadrado y la que ella veía. Un objeto de un metro la veía como de un decímetro.

Había, además, algo de copiopía: dolor de los globos oculares, rápida fatiga en cualquier trabajo de la vista, etc.

Esta profunda perturbación en la función visual estaba en completa discordancia con la integridad de ambos ojos, hecho que, unido a los antecedentes neuropáticos de la enferma, no me dejaba duda acerca de la naturaleza histérica de la ambliopía, aparte del serio valor diagnóstico que ofrecía la micropsía

y el estrechamiento del campo visual con inversión de los colores.

Desde luego indiqué a mi enferma—quien sospechaba la naturaleza de su enfermedad ocular y me rogaba que no recurriera por ningún motivo al hipnotismo, que ya le habían aconsejado—que era preciso emprender una *reeduación* de su vista. Aquí mis *armas* eran la escala de optotipos y los demás instrumentos de exploración: campímetro, cromatoscopio de Riveiro Santos, estambres de Holmgreen, etc.

Cada sesión psicoterápica comprendía todo esto:

1º Ejercicios de lectura de la escala visual, primero con el ojo mejor, luego con el más ambliope; empezando a un metro y luego gradualmente retirando a la enferma;

2º Ejercicios con el cromatoscopio, empezando por el ojo menos ciego (como en todos los ejercicios), y clasificación de los estambres de Holmgreen;

3º Ejercicios con el campímetro, llevando el cuadrado colorido del centro a la periferia, con el objeto de que la enferma viera la mira y luego hiciera esfuerzos para seguir viéndola en toda la extensión del campo visual;

4º Ejercicios de apreciación del tamaño por la vista, guiándose por el tacto: me servía de cuadrados de cartón de diverso tamaño que mostraba a la enferma, quien me indicaba, señalando con los dedos, el tamaño que atribuía al objeto; luego le hacía tocar éste y se lo mostraba de nuevo, hasta que lograba indicar el tamaño aproximado.

La enferma hizo rápidos progresos: bastaron cinco sesiones de hora, una diaria, para que la enferma recobrará el pleno dominio sobre su función visual.

Hace casi dos años que la curación se conserva: la enferma lee, borda, toca el piano, etc., sin la menor dificultad.

*
* *

Extraordinaria y curiosa hiperestesia retiniana de origen histérico, con cianopsia e intensísima fotofobia, curadas por la psicoterapia armada.

El caso que voy a referir es de los más interesantes, hasta podría decir, de los más sorprendentes, y que merecía un profun-

do estudio psico-fisiológico: lo relataré sencillamente, con la sencillez de los hechos, privándome por ahora de analizar uno de sus más interesantes detalles—en el que haré hincapié a su tiempo—para hacerlo objeto, en otra ocasión, de especialísimo estudio.

La señorita M. Z., profesora de instrucción primaria, de 27 años, fué conducida a mi consultorio oftalmológico por persona de su familia, pues la molestia intensísima que le producía la luz, la obligaba a caminar con la cabeza envuelta en negro pañolón.

Cuando rogué á la enferma que se descubriera, un blefarospasmo intenso protegió sus ojos de la luz y se quejó de fuertes dolores oculares.

Antes de emprender una exploración minuciosa, quise que la enferma—persona muy anémica y demacrada—me hiciera la historia de sus padecimientos: voy a transcribirla.

En el salón de clase donde hace varios meses trabaja la enferma, salón cuyas ventanas están orientadas hácia el Sur, entran directamente los rayos del Sol, interrumpiendo la uniformidad del alumbrado, y provocando molestia a los ojos, principalmente a ella, la maestra, que tiene que ver a sus alumnos al través de una zona de rayos directos del Sol.

Al principio soportó bien la situación, pero hacía como un mes, el día de su primer consulta, empezó a sentir molestias en los ojos: lagrimeo, horror a la luz, dolores del globo y periorbitarios, etc. Las molestias fueron poco a poco acentuándose hasta llegar a la intolerable situación actual, en que todo trabajo le era imposible.

Cuando lograba soportar la débil luz de una pieza entrecerrada, todos los objetos los veía de un raro color azul-violeta (ciamatropsia).

Además, había un síntoma que desde su aparición le impresionó vivamente (y a mí también me llamó mucho la atención): en los comienzos de su enfermedad, una noche, para recogerse a dormir, apagó la luz de su pieza, y no bien hubo apagado, cuando notó con sorpresa que *toda la pieza estaba iluminada con suavísima luz parecida a la luna, aunque más suave todavía, claridad que le permitía distinguir todos los objetos de su alcoba.*

Pensó que había dejado abierta alguna ventana y fué a cerrar-

la, pero encontró todo cerrado. Entonces encendió luz y todo lo vió igual, aunque más claro. De nuevo apagó, y el fenómeno luminoso volvió a repetirse. Aterrada, entró en su cama, se envolvió en sus ropas y procuró dormirse, lo que no logró fácilmente por la emoción que la agitaba.

Este mismo fenómeno se reproduce frecuentemente en plena obscuridad.

Ya fuertemente interesado en este raro fenómeno de fisiología patológica, emprendí el exámen de mi enferma.

En sus antecedentes patológicos no había más que profunda anemia y emaciación que aún persistía, rudos trabajos intelectuales que habían traído el *surmenage* y un temperamento neuropático muy marcado, sin manifestaciones ruidosas (convulsiones, crisis de risas o de llanto, etc.), pero sí produciendo frecuentes depresiones del ánimo, temores exagerados, accesos de profunda, aunque inmotivada tristeza, emotividad acentuada, etc.

Como el blefarospasmo intenso, motivado por la fotofobia, me impedían todo examen, pensé que anestesiando la conjuntiva, quizá lograra vencer el espasmo palpebral; puse en cada ojo media pastilla de cocaína (un centígramo) con adrenalina (dos décimas de milígramo) de las que Parke Davis ofrece al comercio y cuya acción intensa y eficaz, me es muy conocida. En efecto, unos minutos después, la enferma podía abrir ampliamente sus ojos (aunque aún lamentándose de su cianotropía y su fotofobia) y me permitía un examen satisfactorio.

Antes de seguir adelante quiero indicar cual es mi modo de juzgar la acción de la cocaína en este caso: aquí la cocaína no hacía farmacoterapia, sino psicoterapia: el fármaco era, en este caso, mi primera arma de combate, para obrar sobre el psiquismo de la enferma; he aquí como.

Se conoce la acción de la cocaína sobre la musculatura palpebral: ¿quién no ha visto, después de instilarla en el ojo, cómo la hendidura palpebral se abre ampliamente y el parpadeo se hace perezoso y menos frecuente, y la mirada queda como extraviada y fija, de modo que cuando la instilación se hace en un solo lado, la fisonomía toma extraña expresión?

Pues eso era precisamente lo que yo ibá yo buscando con la cocaína: primero, un aflojamiento de los músculos palpebrales

—acción fisiológica—y luego una repercusión, sobre el psiquismo, de la actitud que a la mirada imprime el anestésico—acción psicológica.—Es muy conocido, en efecto, el hecho de que una actitud hace nacer una idea, así como de ordinario una idea hace nacer determinada actitud: contraed vuestros músculos faciales con la actitud de la ira, apretad vuestros puños, y no tardaréis en sentir la emoción de la ira; poned un semblante triste y dolorido, y a poco la tristeza invadirá vuestro espíritu.

Esta repercusión de la actitud sobre el psiquismo era lo que yo quería explotar, con fines psicoterápicos, al aplicar la cocaína. Antes de explorar, pero *ya presumiendo la naturaleza* de la enfermedad de la señorita Profesora, deseaba al mismo tiempo, facilitar mi examen y hacer obra de terapéutica.

La idea predominante en mi enferma, en lo referente a la musculatura palpebral, era la *contracción*, la defensa, por ese medio, contra la luz; la actitud impresa por la cocaína a la mirada: de admiración, de fijeza, de flojedad de los párpados, tenía que hacer brotar en el cerebro de la enferma la idea de *relajamiento* y de la *no necesidad* de la protección de los ojos contra la luz. Además, la profunda anestesia de la córnea y de la conjuntiva, aparte de la sedación de las molestias, tendría a su vez, que traer a la enferma la idea de calma, de descanso en sus sufrimientos, y que darle confianza en que su enfermedad podría ceder.

En efecto, media hora después, espontáneamente, indicaba mejoría y mayor facilidad para soportar la luz, permitiéndome el examen.

Este revelaba que en sus ojos todo era normal: el aspecto exterior, los medios transparentes, el fondo del ojo, los reflejos pupilares, la agudeza visual, la visión de los colores, los movimientos del globo y la refracción.

Los síntomas predominantes eran una excesiva sensibilidad a la luz (con su cortejo de blefarospasmo y dolores oculares,) la visión colorida en azul-violeta é *inversión del límite relativo de los colores*, sin estrechamiento del campo visual, signo de gran valor diagnóstico.

Acerca de la *naturaleza* de los fenómenos que presentaba mi enferma, la existencia de dicha inversión de los colores, sobre

un fondo neuropático, inclinaba el ánimo a admitir la naturaleza histérica, que venían a confirmar dos hechos más: la ausencia de toda alteración orgánica y la persistencia de la función, *pero desligada de la voluntad*.

¿Cuál fué mi diagnóstico de este síndrome? Podría designarlo con el nombre de *eopiopía histérica*, la que parece consistir en una asociación de la hiperestesia retiniana, una nebralgia ciliar, espasmo de los músculos intrínsecos e hiperestesia de las ramas del trigémino.

Mas prefiero no abarcar la sintomatología de mi enferma en una denominación de conjunto, sino aplicarle un diagnóstico sintomático. Así es que, mi enferma, padecía una *hiperestesia retiniana intensísima* y, como consecuencia de ella, excesiva sensibilidad a la luz, y un síntoma protector: el blefarospasmo.

La visión colorida y el extraordinario fenómeno de visión en la obscuridad, también deben referirse a la hiperestesia retiniana. Queriendo dejar bien comprobado, antes de analizarlo, la existencia del fenómeno de visión de los objetos en la obscuridad, una noche en que éste fenómeno se producía, mostré a la enferma, en la obscuridad, varios objetos (naturalmente invisibles para las demás personas) y pudo decirme el nombre de todos ellos: existía, pues, realmente el fenómeno.

Nuestros ojos están adaptados para determinada intensidad luminosa, oscilando entre un límite máximo y un límite mínimo: a mayor intensidad que el límite máximo, hay deslumbramiento; a menos intensidad, nos es imposible ver.

La obscuridad solo es relativa: cuando para nuestros ojos hay tinieblas, la luz es suficiente para los animales nictálopes, a quienes, en cambio, ciegan los esplendores de luz que nuestros ojos requieren para su función.

La intensidad de los rayos luminosos que entraban al salón donde trabajaba mi enferma, provocaron una constante excitación de la retina, que, desarrollada en un fondo neuropático, llegó a producir esa exquisita sensibilidad retiniana, que para el acto de ver, necesitaba apenas una debilísima cantidad de luz (¡la que de un cielo estrellado penetraba a una pieza cerrada!) y, en cambio, con la más débil claridad del día, originaba la fotofobia y el blefarospasmo que he descrito: la hipe-

restesia retiniana había convertido a la enferma en verdadera nictálope.

Aquí es donde quisiera estudiar minuciosamente la adaptabilidad de la retina a las débiles intensidades luminosas, en cuya función interviene el pigmento retiniano o púrpura de Fr. Boll, y dilucidar como la histérica puede exagerar esa adaptabilidad; pero ese estudio me llevaría lejos del tema de esta memoria, que es la psicoterapia. Solo diré que los movimientos de la púrpura retiniana, que camina hacia adelante y se coloca entre los bantoncillos en la luz, y se retrae y vuelve hacia la coroides en la obscuridad, no son producidos por la luz, sino que esos movimientos del pigmento retiniano están bajo la dependencia del sistema nervioso. ¿Cómo no pensar que en mi enferma la perturbación nerviosa había provocado una retracción del pigmento que le impedía ir hacia los bantoncillos a protegerlos durante la luz intensa, por su papel absorbente del exceso de luz, y permaneciendo en las capas profundas, facilitaba la *visión crepuscular*, que tan sorprendente era en mi caso?

Mas dejaré, a mi pesar, el atractivo estudio del extraordinario fenómeno que observé en mi enferma—aplazándolo para otra ocasión—para volver al asunto de mi tema.

Por la acción fisiológica—directa y psicoterápica indirecta de la cocaína, había logrado disminuir el blefarospasmo y *dar confianza* a mi enferma en que podía soportar mejor la luz. Pero me quedaba un síntoma muy penoso: la visión colorida de todos los objetos en azul-violeta; ¿a qué arma recurrir contra él? A los lentes amarillos, que suprimiendo la mayor parte de los rayos violados, dieran a la enferma, desde luego, otra sensación colorida y despertaran en su psiquismo la idea de que la cianopsia tendría pronto que desaparecer.

Juzgué necesario, además, empezar una serie de ejercicios *reeducativos*, para que la enferma fuera, poco a poco, habituándose a ver la luz natural.

Empleé también las corrientes continuas, polo positivo sobre los párpados cerrados, tanto para aprovechar la acción sedante de tal polo positivo, como para dar confianza a la enferma en el tratamiento emprendido, en atención a las esperanzas que ella hábame manifestado, en un tratamiento eléctrico.

Desde las primeras sesiones inicióse la mejoría, que no fué

tan rápida como en los casos anteriormente descritas, pero que, sin embargo, fué gradualmente acentuándose, hasta la completa curación en 15 días.

En todas las sesiones, hacía cocainización, ejercicios reeducativos y electrización positiva. En el intervalo de las sesiones, hacía llevar a la enferma vidrios amarillos.

Dato digno de anotarse y que a nadie sorprenderá: a medida que la enferma mejoraba, el fenómeno de visión en la obscuridad fué siendo menos frecuente y menos marcado, hasta desaparecer por completo.

*
* *

Blefaroptosis histérica. Curación en dos sesiones de psicoterapia armada.

La Joven N. M., de 20 años de edad, está continuamente propensa a crisis convulsivas histéricas. Es alta, fuerte y robusta, pero de un nervosismo exagerado, que no sé donde toma sus raíces, porque en su familia no hay recuerdo de neuropatías.

El día de su primer consulta hacía un mes que, después de un ataque, *se le cayeron los párpados*, que han quedado cerrados desde entonces, siendo su voluntad impotente para entreabrirlos siquiera.

El aspecto de la afección es de una ptosis paralítica: los párpados superiores caen suavemente sobre los ojos y se dejan fácilmente levantar con el dedo, permitiendo un examen del ojo que revela completa normalidad del órgano.

Hay que estar alerta, sin embargo, del aspecto de la ptosis, porque las contracturas de los músculos oculares y orbitales es mucho más frecuente en la histeria que su parálisis, al grado que hay autores que dudan de las manifestaciones paralíticas de la neurosis, en los músculos oculares. Creo, a pesar de esta reflexión, que en mi enferma existía *no la ptosis pseudo-paralítica de Parinaud*, originada por un blefaroespasmo poco intenso, sino la *blefaroptosis verdadera*, consecutiva a parálisis del elevador del párpado superior (rarísima en la histeria) fundándose en que, en mi enferma, hay arrugas ligeras en la piel de la frente, indicando la contracción de los músculos frontales, que anhelan suplir la función del elevador; mientras que en el ble-

farospasmo no existen tales arrugas de la frente, y sí las hay más o menos pronunciadas en la piel de los párpados, traduciendo la contracción del orbicular.

No dejándome lugar a vacilar sobre la naturaleza de la ptosis, el antecedente del ataque que la precedió, indiqué a mi enferma que iba a proceder, desde luego, a su curación.

Anestesié la conjutiva con cocaína y puse en cada ojo un *blefaróstato* que dejé por unos 5 minutos. El *blefaróstato* era en este caso mi *arma* para obrar sobre el psiquismo, despertando en la enferma la idea de elevación del párpado: recuérdese la repercusión que la actitud tiene sobre las ideas y las emociones. Mientras estaba puesto el *blefaróstato*, traté de impresionar más fuertemente el ánimo de la enferma, conectando cada *blefaróstato* con los polos de una máquina farádica y produciendo una corriente *debilísima*: nueva arma de combate.

A los cinco minutos quité los *blefaróstatos*, y con gran satisfacción mía y sorpresa de la enferma, los párpados quedaron abiertos.

Repetí al día siguiente la sesión de psicoterapia armada, para dejar más hondamente impresionada a mi enferma y ésta quedó curada de su ptosis hasta la fecha, hace ya algunos años.