

Un caso de estereotipia de las actitudes y de los movimientos.

Señores Académicos:

Siempre que he tenido algo que traeros en cumplimiento de mi deber, he estado perplejo, por el afán de que el contingente correspondiera a tan preclaros talentos; y de aquí que hurgando por acá y por allá en el campo de mis escasas observaciones haya dudado más de una ocasión para escoger lo conveniente. Así háme pasado esta vez, en que escudriñando entre el material o acervo a mi disposición, nada hallaba lo suficientemente propio; pero en la semana última transcurrida, vino a mis manos un caso que juzgo por demás interesante y raro, y cuyo relato pongo a vuestra disposición para que lo comentéis y valoriséis si lo encontráis de mérito.

Se trata de un enfermo que asistí por recomendación de mi querido maestro el Sr. Dr. D. Eduardo Licéaga. He aquí su historia: M. H. N., de 27 años de edad, de profesión telegrafista, casado, con un hijito de cerca de dos años; sin antecedentes morbosos y específicos, propios o familiares y sólo con algunos hábitos anteriores de alcoholismo. No obstante la edad de 27 años, su organismo estaba minado; era endeble y delgado, y a la simple vista en su cabeza ya podía señalarse alopecia. En sus ratos libres, apasionado por el Espiritismo, se entregaba a la lectura de libros acerca de la materia, y concurría a algunas sesiones en las que según pudo decirse sirvió de *medium*, en su modo gráfico o escrito. Su temperamento era francamente nervioso, pero sin que dicho temperamento se hubiera desbordado en ruidosas manifestaciones.

Así las cosas, hará unos diez días y sin causa aparente, volvióse taciturno; en su tristeza caracterizóse un negativismo bien marcado; dejó de tomar alimento, tanto sólido como líquido, aun agua, por cerca de setenta y dos horas, no obstante que se hicieron solicitudes en ese sentido. Su mutismo era completo, a pesar de que se le convidaba a hablar y a distraerse. El jueves 11 del actual en que le ví por vez primera, le encontré en estado de estupor, sentado en una silla e indiferente a todo lo que le rodeaba; su cara era una máscara sin expresión alguna; de modo que dicha facies en un estudio fisonómico, podría haberse clasificado de esfinge.

Le habían llevado del domicilio de la madre y la esposa al de un amigo que afanándose en sacarlo de su ensimismamiento, procuraba divagarlo. El insomnio era absoluto, y ya otro médico consultado la víspera, había prescrito una poción hipnótica y que no pudo dársele por el negativismo señalado. Hágase de cuenta que era un individuo en ayuno perpetuo y del que se había desprendido toda vida de relación; podría entonces habersele llamado el hombre estatua, pero representando a la indiferencia. Insiné que pacientemente volviera a insistirse en la alimentación y dejé formuladas unas cucharadas también somníferas, por si hubiera oportunidad de que las tomara. Así puede en síntesis referirse el primer acto o cuadro que presencié.

A las veinticuatro horas fui espectador del segundo, completamente distinto: fui llamado urgentemente y encontré al sujeto de la víspera hecho

otro, en un estado de agitación tremenda, con un acceso maniaco al parecer. Daba grandes gritos y su legorrea podía oírse a distancia. Andaba a grandes pasos en el cuarto, y en su incongruente peroración, podía entresacarse que tenía un poder omnímodo semejante al de los fakires de la India. En sus manos agitaba un pomo, susceptible de hacerlo grande o pequeño, decía, y que contenía un remedio maravilloso que suprimía el dolor, como prueba de lo cual hacía ademanes de extraerse muelas, lo mismo que a los que le rodeaban, que hechos pasivos por el desplegamiento de fuerza que tenía, se prestaban a esta farsa o comedia. En papeles escribió en galimatías indescifrables, las fórmulas de su panacea, con la particularidad de que los rasgos o caracteres escritos se copiaban en diferentes períodos. El secreto lo poseía, según él, en idio nas sánscrito y latino, en los que decía este discurso: «ka racakara kirikicui araca curiri».

Ahora bien, señores, recordaréis que en la primera fase os decía que estaba estereotipada la quietud; pues bien, hoy en todos sus ademanes así como en su verba, había estereotipia de los movimientos y del lenguaje, que se repetían asombrosamente los mismos y sin variar casi nada. Ya no era la estatua, sino haced de cuenta un muñeco de cuerda, que por su mecanismo está obligado a reproducir rítmica e indefinidamente (mientras dura la cuerda) idéntico dinamismo.

La edad del paciente y la reproducción-copia de sus propios síntomas hicieron que pensara yo en la hebefrenia, aun cuando la demencia juvenil precoz, que es rápida o aguda (en una de sus variantes), nunca es tan violenta como en el cuadro considerado. Inclíneme entonces del lado de la *catatonía* que según Kahlebaum es una afección cerebral de evolución «cíclica alternante, cuyos síntomas psíquicos son tomados ya a la melancolía, ya a la manía, al estupor, a la confusión y finalmente a la demencia. Sólo que entre todas estas formas psíquicas una o varias pueden faltar. En esta afección, además de los síntomas psíquicos, pueden sobrevenir aun en el número de los signos esenciales, fenómenos de orden motor con el carácter general de convulsiones». Dejo esta última parte de las convulsiones para el tercer acto del drama de que fui testigo y os relato, y volvamos a la valoración de lo dicho. En mi concepto, primeramente hubo lo que Weygandt llama locura por tensión o sea estupor con inmovilidad y rigidez catatónica, que no depende ni de alteración en los músculos ni en los nervios periféricos y que es central, constituyendo un fenómeno puramente psíquico; y segundo, agitación motora catatónica, en la que fijaos bien, dice el ilustre Profesor de la Universidad de Wurzburg, «las excitaciones exteriores no tienen ningún efecto, al contrario de lo que sucede en la manía. Los movimientos tienen casi siempre algo de *uniforme y automático*». Parecen copiadas estas anotaciones de mi enfermo, así como los neologismos o verbigeración, para apoyo de las cuales me remito a las citas de Masselen y de Roubinovitch. Un enfermo francés, inventó según Masselon las palabras siguientes: «Coormenilmegehlacion», «tradigiellaire», «endaametluables». Se encuentran sonidos inarticulados semejantes no correspondiendo a alguna palabra, por ejemplo: «dbudina de guegaga». Se escuchan frases enteras que parecen tomadas a lenguas de creación nueva sin algún sentido: «He golodustuwaban wogahen alan li anlian, ah Dieu, kolangwi du gleg wien zuner». Rouvinovitch ha llegado a

encontrar catatónicos versificadores con ritmo trocaico o yámbico muy acentuado.

Todas estas repeticiones absurdas del lenguaje, que pueden durar horas y días, no hay que confundirlas con la ecolalia, y la reproducción en los movimientos con la ecopraxia y la ecomimia, pues todas éstas son un eco en el individuo de lo que le rodea, y en virtud de las leyes del contagio y la imitación. En la verbigeración el enfermo da el modelo y lo reproduce, es autor y editor múltiple sucesivo, mientras que en los otros casos sólo es un espejo.

Tampoco hay que confundir la alteración de que me ocupo con la parafasia y la jergonafasia. En la parafasia, el amúsico por no entender lo que pronuncia a causa de su sordera verbal, substituye palabras y oraciones por otras; y en el jergonafásico, la substitución es más exagerada, pues llega hasta las sílabas y las letras para dar lugar a esa lengua babilónica parecida al del ebrio cuando va a perder ya casi el conocimiento, o al del anestesiado con éter o cloroformo en los momentos ya de franquear los dinteles del sopor.

Es indudable que en buena parte se trata en los fenómenos observados, de relaciones tan sólo poligonales, como diría Grasset, o de automatismo de los centros de proyección, quedando fuera de la órbita los de asociación, y traduciendo el mal en todos los casos, serios trastornos en la esfera de la voluntad. Antes de abandonar el terreno en que he incursionado, recordaré que en las afasias los trastornos del lenguaje son los primitivos y los de la ideación los derivados, mientras que en las dislogías pasa lo contrario: son las perturbaciones de las ideas las que adelantan a las verbales.

Volviendo a nuestro enfermo, diré que para combatir esa hipercinesia estereotipada, le administré una inyección hipodérmica de 1 centigramo de sulfato de morfina, y 1 miligramo de hioscina, esperando de la familia me comunicara más tarde cómo seguía el paciente.

Pasemos, señores académicos, a la tercera y última decoración. Al día siguiente se me llamó con apremio para irlo a ver, y en la tarde de dicho día o sea el sábado 12, grande fué mi sorpresa al hallarme con cosa completamente diversa. Se me dijo que la noche había sido buena y había dormido el señor N; pero que después, a la otra mañana, como a las diez principiaron a notar un cambio en su respiración, que se hacía fatigosa. Trataron de moverlo y levantarlo y lo hallaron rígido y salivando bastante. Cuando llegué lo encontré en estado de coma, pero rígido, casi en opistótonos, los antebrazos en extensión, con los brazos y los dedos de las manos fuertemente flexionados; muslos, piernas y pies en extensión forzada. Casi en apnea, revistiendo la respiración a veces el tipo de Cheyne-Stokes; tiro supraesternal. El pulso apenas perceptible, pero frecuente. Temperatura de 38 grados y 5 décimos. Para reanimarlo, indiqué se le ministraran unas lavativas de café; la infusión aromática también se le dió a tomar, con dificultad, en virtud del trismus existente, y además se le puso una inyección de benzato de cafeína de 0.20 centigramos. Pude en aquellos momentos apreciar estos fenómenos curiosos: los miembros estaban contracturados y era difícil vencer su contractura, pero una vez logrado prudentemente en alguno de ellos, era relativamente fácil conseguirlo en los demás, y entonces abandonados a sí mismos quedaban en estado flácido. Las pupilas, que habían sido mióticas, tornábanse midriáticas, y de un modo concomitante había relajamiento o paresía

de los esfínteres, principalmente del vesical, pues apareció incontinencia urinaria. Si contemplando al paciente por espacio de cinco, diez minutos o un cuarto de hora, no se le sujetaba a ninguna excitación, quedaba estereotipado en aquella relajación extrema o como de muñeco de trapo; pero, si por ejemplo, se intentaba tomarle el pulso, moverle un brazo o cambiarlo de postura, o sencillamente arreglarle la ropa de la cama desarrollando ligero frotamiento, venía la convulsión generalizada clónica primero y después tónica, así como la miosis, y quedaba a su vez estereotipado en esta nueva postura. Llama la atención que el reflejo palpebral existía en la fase de relajamiento, y no una vez realizada la contractura, que era capaz de provocar al buscarlo. Cuando el enfermo estaba flácido, la respiración hacía superficial y frecuente; por el contrario dificultosa, lenta y profunda, cuando sobrevenía ese aspecto que pudiéramos llamar tetánico, como si el diafragma, los músculos intercostales y los escalenos al contraerse con energía hicieran el papel con la caja torácica de fuelle. Había disociación entre la respiración y el pulso, pues éste podía apreciarse mejor en la fase de flacidez, como si el miocardio hiciera excepción a ella y en su sístole no encontrara obstáculo en la *vis-a-tergo*; mientras que en la etapa espástica retardaba sus latidos y casi se detenía. Así pasó el resto del sábado y la mañana del domingo, con la particularidad de que entonces la temperatura ascendió a 41 grados, el pulso se hizo incontable y un sudor copioso bañaba al enfermo.

Como apareciera en sus conjuntivas una inyección bien marcada, que se puse traductora de una congestión cerebral, aconsejé sinapismos en las extremidades, y el uso de derivativos como un purgante de 30 gramos de aguardiente alemán. En fin, para no cansaros, el paciente murió a las doce y cuarto del día 14 del actual.

Consumado el final de la trilogía y al extender el certificado de defunción, tuve buen cuidado de cerciorarme de la muerte real y efectiva del sujeto, buscando todos sus caracteres, y aun acudiendo a la prueba del fuego al pecho, empapando algodón en alcohol que como tea ardió (variante del antiguo martillo de Mayor), pues se ha descrito una catatonía cataléptica, que pudo haberse presentado.

Pero no, los hechos estaban consumados y para mí el caso es interesante, pues en la evolución de la catatonía los autores señalan por lo que toca al factor tiempo, meses y años, y aquí sólo hubo días. O bien, se trató de un caso de manía aguda con su estado cerebral congestivo último y difuso (pues no hubo síntomas focales), que precipitó el desenlace. Inclínome a la primera hipótesis por la existencia de la estereotipia de actitudes y movimientos. Además si en el segundo período hubo delirio, no debemos rechazar el aserto, pues las ilusiones y las alucinaciones las hay en la catatonía como en esos estados similares que Kraepelin con Demy y Rey llaman variedades hebre-fénica o maníaca, catatónica y estúpida, y paranoide o delirante, y que se acercan a la demencia simple e hebeidefrenia.

En el caso señalado hubo como anterior un agotamiento psíquico marcado que bien pudo ser una de las causas del mal, como la literatura contemporánea ya lo indica; aun cuando también en la patogenia se dice de una auto-intoxicación de origen orgánico, que falta por estudiar y confirmar.

Respecto al *latah*, enfermedad que se señala en las Indias Holandesas y

el *myriachit* en Rusia, ambas se separan mucho del motivo de nuestro estudio.

Antes de terminar estos mal pergeñados apuntes, quiero llamar la atención de que en los estados catatónicos, la facies puede no ser traductora de los estados emotivos o sentimentales de la persona. Aquí falla el que los ojos sean espejo del alma, así como el resto de la cara. Un catatónico puede presentar en su rostro el tipo del sufrimiento y no por esto sufre, o el de la risa y quizá en su psiquis hay lamentos. Esto quiere decir que si cabe la dicción, hay artificialidad en la gesticulación, como la que puede producirse bajo la influencia de corrientes farádicas que se hacen pasar por los distintos grupos musculares, que imprimen a la cara cada gesto. Bien sé que esto se halla en pugna con la definición clásica de la mímica, que para Cayer es un acto voluntario, de imitación para Boiste y de expresión del pensamiento para Larousse y Littré. En los catatónicos el pensamiento puede ser otro y la máscara decir una mentira estereotipada, ya sea fija y rígida, ya moviéndose. ¡Quién sabe en el fondo de la psiquis qué se haya ocultado que la superficie no revela! De todos modos el estudio de la anatomía de las formas, de la fisiología de los distintos grupos musculares en posición y acción, así como de su inervación, puede ser como traducción frecuente de estados de conciencia de los que son sus concomitantes corporales, pero no siempre. Y así en psiquiatría la cara meditabunda puede no ser de un meditante; la agitada o colérica, no la de un colérico, y la mística no la de un místico, y así sucesivamente. El alienista como el marino no deben creer a ciegas en la tranquilidad del mar sólo por su superficie, cuando en el fondo puede haber tormentas, y al contrario. Por eso el psiquiatra al calificar una cara catatónica, que diga: «ella llora como nosotros sabemos que se traduce el llanto, pero necesitando averiguarse si lo tiene.»

Ya el arte ha condensado en pinturas morbosas las actitudes propias, y para no citar sino algunas aplicaciones, recordaré la hermosísima serie con que ilustra su obra el Dr. Pablo Richer en sus estudios clínicos de la histero-epilepsia. En la última parte hay ilustraciones preciosas, como la escena del exorcismo, dibujo sacado de un bajorelieve de la Iglesia de San Zenón de Verona; como el fresco de Andrés del Sarto sobre el mismo tema: un poseído o demoníaco; como otro de Rafael acerca de la Transfiguración (Milán), como las cabezas de estudio de Rubens (en Viena) y el fresco de Sodoma, de Santa Catalina de Sena en éxtasis.

Ojalá que entre nosotros, de tantos rostros enfermos que estereotipan actitudes, se condolieran los pinceles de nuestros artistas para con cuidado y ciencia llevarlos al lienzo y formar así esas curiosas galerías de tipos y ricas colecciones propias de psiquiatría que objetivan en atlas tantas variantes y sobre lo que tenemos muy poco.

En la catatonía hay la ventaja de que por la posición prolongada o que es la misma y se repite, los modelos y desnudos pueden consultarse fácilmente. No hay temor de un cambio rápido. Sólo que por desgracia, se trata de un taller en el que tanto vosotros, señores Académicos, como yo al oficiar vemos los ejemplares con el deseo de los que quieren curar las miserias y dolores humanos, qué dolores son. No es el taller de las Bellas Artes, sino de la

psiquis enferma, que reclama nuestros esfuerzos, los grandes vuestros y el mío pequeño.

México, 17 de febrero de 1915.

ENRIQUE O. ARAGÓN.

Embarazo tubario; ruptura; laparatomía.

El día 3 de noviembre del año pasado fui solicitado para atender a una enferma como de 18 años de edad, de buena constitución, estatura mediana, casada dos años antes, nulípara, con menstruación regularmente periódica hasta últimas fechas, y sin antecedentes patológicos personales ni hereditarios dignos de mencionarse.

Esta persona refirió que estando de visita en uno de los suburbios de la ciudad cinco días antes, es decir el 30 de octubre, había sentido de improviso un dolor de mediana intensidad en la región correspondiente a la fosa ilíaca derecha, el cual fué muy pasajero, no volviendo por esto a pensar más en el incidente. Pero treinta y seis horas más tarde, en la mañana del 10 de noviembre, estando en la iglesia derrepente fué atacada de un dolor mucho más intenso en la misma región, que la trastornó a grado tal que con trabajo fué llevada a su domicilio distante sólo dos cuadras del templo. Desde luego guardó cama y llamó a un facultativo, quien le calmó el dolor con inyección de morfina, prescribió algún desinfectante intestinal y una dieta moderada. El dolor aunque menos intenso persistía acompañado a veces de vómitos de alimentos y a veces biliosos; la temperatura había permanecido normal, según la afirmación de la enferma; mediante algunos enemas había evacuado algo de materia fecal, y aunque con dificultad seguían su curso natural los gases intestinales.

La paciente, en decúbito supino, tenía un aspecto relativamente tranquilo; el color de sus mejillas de ordinario sonrosado, apenas había disminuído, la expresión de la fisonomía no indicaba un gran sufrimiento. La temperatura era normal, el pulso regular, fuerte, lleno, latía de 80 a 85 veces por minuto.

La inspección del vientre no ofrecía nada particular, pero la palpación despertaba marcado dolor, sobre todo en el punto de Mac-Burney; no había hiperestesia cutánea ni defensa muscular. La percusión denunciaba una obscuridad evidente en la fosa ilíaca derecha extendiéndose hacia el flanco. El resto del vientre era de sonoridad normal y permanecía francamente depresible e indoloro. El dolor sólo se propagaba en la dirección del muslo, cuyos movimientos lo despertaban.

Se había averiguado por el interrogatorio, como ya se dijo, que la menstruación siempre se había presentado periódicamente hasta últimas fechas. En efecto, el período que debía haber venido a fines de septiembre, se presentó hasta el 11 de octubre, habiendo tenido después algunas pérdidas hacia fines del propio mes.