

Hemeroteca

(Acerca) De la Anorexia Histérica - Professeur Ch. Lasegue (Archives générales de médecine, avril 1873)

Soy de la opinión de que únicamente se conseguirá constituir la historia de las afecciones histéricas si estudiamos aisladamente cada uno de los grupos sintomáticos; después de este trabajo previo de análisis, se podrán reunir los fragmentos y así recomponer la enfermedad en su totalidad. Abordada en conjunto, la histeria tiene demasiados fenómenos individuales e incidentes azarosos como para que se pueda asir lo particular a partir de lo general.

Este procedimiento, más que discutible si lo aplicamos a enfermedades limitadas en cuanto al tiempo, espacio, localizaciones o con referencia a la modalidad de los fenómenos, es perfectamente legítimo que lo empleemos en el caso que tratamos. Por mi parte he investigado la característica de la tos y de la catalepsia pasajera de naturaleza histérica; otros autores han consagrado preciosas monografías a las hemiplejías, a las contracturas transitorias o duraderas, a la anestesia, etc... Hoy voy a intentar acercarme a un complejo sintomático observado con cierta frecuencia como para que se trate de un accidente excepcional, y que tiene además la ventaja de hacernos penetrar en la intimidad de las disposiciones mentales de los histéricos.

Los trastornos digestivos que sobrevienen en el curso de la histeria son muy numerosos. Consisten en vómitos repetidos, a veces incoercibles, acompañados de dolores gástricos, hematemesis, estreñimientos o diarreas singulares, ya sea por su evolución o por algunas de sus características.

Entre los síntomas más graves, los vómitos de sangre han recabado la atención de los médicos; las gastralgias, fenómenos puramente subjetivos, son mal conocidas y en cuanto a los trastornos intestinales la incertidumbre es lo habitual.

De este modo se ha prestado atención preferente a las extrañas perversiones del apetito cuyos ejemplos son tan abundantes que las variedades casi no se pueden enumerar. Teniendo en cuenta estos hechos singulares y algunos casos de raras apetenencias, se ha abandonado el estudio verdadero de estas enfermedades y todo ha quedado reducido a la noción improductiva de que los histéricos están sujetos a los más variados desórdenes de las funciones digestivas. No obstante, no resultaría imposible ensayar una clasificación de este tipo de anomalías; aunque he observado un gran número de ellas no quiero hablar de dichas anomalías sino incidentalmente.

El objeto de esta memoria es dar a conocer una de las formas de histeria de localización gástrica, bastante frecuente como para que su descripción no sea, como se deduce cómodamente a veces, la generalización artificial de un caso particular; igualmente

es bastante constante en sus síntomas como para que los médicos que la han observado puedan comprobar la exactitud del texto y a los que se encuentren con ella, en el curso de su práctica, no les pille de improviso. El nombre de anorexia podría ser sustituido por el de inanición histérica que representaría mejor la parte más sobresaliente de los trastornos. A pesar de ello he preferido defender la primera denominación porque justamente se refiere a una fenomenología menos superficial, más sutil y también más médica.

De los diversos tiempos de que se compone la digestión, el que mejor analizaron los enfermos y peor estudiaron los médicos es, sin lugar a dudas, el de la necesidad y deseos de comer. Si bien el término anorexia se adopta generalmente para representar un estado patológico, no existe su correlato fisiológico y, de esta forma, la palabra orexia no aparece en nuestra lengua. De ello resulta que no tenemos expresiones para designar los grados o variedades de inapetencia; en éste, como en otros temas, la pobreza del vocabulario no responde sino a una insuficiencia en el saber.

En ciertos casos el apetito desaparece sin que el enfermo note otra sensación que la queja por ser privado del estímulo que le invita a comer. Ello no es resultado de la repugnancia, y a menudo el proverbio que dice que el comer y el rascar todo es empezar, encuentra aquí su justificación.

En otras ocasiones el enfermo nota una repulsión más o menos viva para ciertos alimentos; finalmente existen otros casos en los que la repugnancia es provocada por cualquier sustancia alimenticia. Por general que sea la inapetencia existe una escala de graduación y los alimentos no son rechazados con la misma insistencia.

Por el contrario existen afecciones del estómago o del sistema nervioso central, localizadas o diatésicas, que se acompañan de una sensación ilusoria de apetito que se repite a intervalos desiguales o casi regulares. En estos histéricos, como en ciertos diabéticos, se observan estos falsos deseos de comer pero a la vez exigitivos e imperiosos. Casi todos los enfermos, obedeciendo a una hipótesis teórica, parten de la idea de que su malestar es debido a la inanición y que conseguirán conjurarlo con la ayuda de cualquier comida por reducida que sea. La experiencia muestra que dos gotas de láudano calman mejor el hambre imaginaria que la ingestión de alimentos.

Junto a la exagerada sensación de apetito y a la superposición de que la comida calmará el hambre, aparece en sentido inverso una disminución de dicho apetito y la convicción de que la alimentación será perjudicial. Entonces el enfermo se comporta, como en el primer caso, de acuerdo a una hipótesis instintiva. Dócil, deseoso de ser liberado de su temor prueba y obtiene la certeza de que si continúan comiendo dejará de sufrir y que sus aprensiones carecían de fundamento. Rebelde, receloso antes que nada para evitar un hipotético dolor, y temeroso por adelantado, mantiene su forma de tratamiento y se abstiene de comer. Tal es el caso de los histéricos de los que voy a intentar perfilar su historia. No se relatan las observaciones antiguas y creo que es mejor presentar un cuadro de la enfermedad, aunque resulte esquemático, que remitirnos a una serie de hechos particulares.

Una chica de entre los 15 y 20 años experimenta una emoción que o la manifiesta o la disimula. Con frecuencia se trata de un proyecto de matrimonio real o imaginario, otras veces una contrariedad referida a una amistad e, incluso, en ocasiones, tiene que ver con alguna aspiración más o menos consciente. En otros momentos todo se reduce a una serie de conjeturas sobre la causa ocasional, ya sea porque la chica tiene interés en encerrarse en el mutismo tan habitual en las histéricas, o porque en realidad no se encuentra la verdadera causa, ya que, como podremos comprobar entre las múltiples razones, muchas pueden pasar desapercibidas.

Al principio la chica, nada más terminar de comer, nota un malestar que consiste en sensaciones vagas de plenitud y angustia, gastralgias postpandriales que otras veces

sobrevienen al empezar a comer. Ni ella ni los que la rodean dan a estos síntomas la menor importancia, ni tampoco se origina ninguna incomodidad permanente.

Al día siguiente se repite la misma sensación que continuará de manera insignificante pero tenaz durante varios días. Ante estos hechos la enferma se convence de que el mejor remedio para ese malestar, indefinido y particularmente penoso, consiste en disminuir la alimentación. Hasta aquí no ocurre nada extraordinario pues no existe ningún enfermo de dolor de estómago que no haya cedido a esa sensación de no comer, hasta el momento en que se da cuenta de que esa inanición relativa no sólo no es provechosa sino que agrava los sufrimientos. En la histérica las cosas ocurren de otra forma. Poco a poco va reduciendo su alimentación pretextando unas veces dolor de cabeza, otras una repugnancia momentánea y el temor de que se repitan las impresiones dolorosas que aparecen después de comer. Al cabo de unas semanas ya no se tratará de una repugnancia pasajera sino de un rechazo de la comida que se prolongará indefinidamente. La enfermedad se ha consolidado y seguirá su marcha tan fatalmente que pronosticar el futuro se convierte en algo sencillísimo.

¡Pobre del médico que desconociendo el riesgo, utilice la fantasía mal e indefinidamente, obstinándose en resolver los problemas mediante la medicación, los consejos amistosos o echando mano de recursos aún más defectuosos como la intimidación! Con las histéricas un primer fallo es imposible repararlo. Están a la espera de cualquier juicio que se emita sobre ellas, fijándose especialmente en aquellos en los que se coincide con la familia. En tal caso no perdonan y considerando que han comenzado las hostilidades se atribuyen el derecho de continuarlas con una tenacidad implacable. Durante este período la única postura sabia es observar, callar y recordar que cuando la inanición voluntaria data de varias semanas acabará por transformarse en un estado patológico de larga duración.

Para apreciar en su exacto valor los diversos elementos que concurren en la eclosión de la enfermedad es necesario someter cada uno de ellos a un detallado análisis.

En especial hay que prestar atención al dolor gástrico ya que parece ser el punto de partida del resto de los trastornos. Varía de intensidad desde un sentimiento confuso de presión hasta una especie de calambre gástrico que se acompaña de desfallecimiento, palidez, sudor e, incluso, escalofríos; no aparecen ni vómitos ni ganas de devolver aún en los casos más graves; lo único que piensa la enferma es que un poco más de dolor le provocaría el vómito.

Si nos atenemos a las apariencias las crisis dolorosas no difieren en nada de las que se observan, frecuentemente, en los trastornos del aparato digestivo. Es la alimentación quien las determina y no aparecen si no es en relación con las comidas. Si ello fuera así no tendríamos otros signos distintivos y nos veríamos obligados a añadir la gastralgia a la lista ya demasiado numerosa, de neurosis histéricas localizadas.

La sensación dolorosa no aparece sólo por el hecho de comer sino que persiste más o menos viva en los intervalos entre las comidas, a veces de una forma insignificante, otras incómoda y, en ocasiones, tan atenuada que la enferma acusa un malestar general sin que le sea posible asignarle una localización fija. Sea cual sea su forma, la penosa sensación, ¿es debida a una lesión gástrica o no se trata sino de la expresión refleja de una perversión del sistema nervioso central? No creo que la solución siga siendo dudosa desde el momento en que la pregunta está planteada.

La angustia precordial, la sensación de presión, de contracción epigástrica que sigue a determinadas emociones fugaces es posible encontrarlas como inicio de diversas enfermedades cerebroespinales. No hay ninguno entre nosotros que no haya sentido este tipo de ansiedad relacionada con la causa moral que la produce. Si, por el contrario, suponemos el caso de un individuo que sufre súbitamente una contracción epigástrica sin motivo aparente, el malestar puede ser de tal calibre que despierta una gran in-

quietud. El enfermo se pregunta de donde puede provenir esta extraña impresión y, a menudo, esta búsqueda semeja el inicio de un delirio de persecución. Suponiendo que la afección no tenga tan graves consecuencias la primera hipótesis de la paciente y la más natural, es que se encuentra enferma del estómago. La ansiedad epigástrica, junto con la aprensión y el semivértigo que ella origina, se acentúan con la alimentación, razón de más para creer en la existencia de una irritación gástrica.

No es imposible discernir los caracteres de esta gastralgia de causa refleja, pero las circunstancias en las que podemos observarlas son más bien raras.

Se distingue de las irritaciones dolorosas del estómago por los siguientes hechos: su localización no es exacta y se acompaña de una inquietud muy especial; aparece repentinamente y no va precedida de trastornos, gradualmente crecientes, de la digestión; no va seguida de síntomas dispépticos; las funciones digestivas permanecen indemnes y únicamente puede aparecer un estreñimiento habitual que es muy fácil de resolver; la índole de los alimentos no tiene influencia sobre las crisis y, finalmente, el tipo de dolor, cuando éste existe realmente, no presenta analogías con los sufrimientos ocasionados por una lesión, por superficial que ella sea.

Desde el momento en que se confirma la naturaleza del malestar se consigue un gran avance en el establecimiento del diagnóstico. No podría insistir demasiado sobre esta neurosis de órganos espláncnicos y su relación con ciertos estados cerebrales.

La histérica, después de estar un poco indecisa, no duda en afirmar que la única forma que tiene de aliviar su dolor es absteniéndose de comer. De hecho los remedios apropiados para otras gastralgias son aquí absolutamente ineficaces, por mucho interés que pongan el médico y la paciente en emplearlos. Interviene entonces una razón de las que juegan un papel preponderante en la histeria. La enferma ha perdido las ganas de comer y para que consienta en alimentarse será necesario que venza el temor al dolor por ella misma o, incluso, que se anime a comer por lo apetitoso de los platos: en sentido inverso absteniéndose de comer satisface al mismo tiempo dos inclinaciones. A partir de esta primera fase desaparecen todas las manifestaciones histéricas que existían. La enferma, lejos de empeorar y entristecerse despliega una alegría que no es normal; se podría casi decir que toma precauciones para posteriores períodos preparando argumentos que luego no dudará en utilizar.

La repugnancia a alimentarse sigue lentamente su curso progresivo. Las comidas se reducen cada vez más llegando a comer sólo una vez al día, en el desayuno o en la cena. La enferma va suprimiendo sucesivamente distintas especies de alimentos: el pan, la carne y algunas legumbres. A veces consienten en sustituir un alimento por otro inclinándose por uno de ellos durante algunas semanas: el pan, por ejemplo, es sustituido por galletas o pastas; a continuación renuncian a estos alimentos y así reemplazan de nuevo los platos aceptados sólo provisionalmente.

Estos hechos se prolongan durante semanas e incluso meses, sin que la salud general empeore, la lengua sigue estando limpia y fresca y la paciente no tiene sed. El persistente estreñimiento cede con laxantes suaves, el vientre no se contrae y el sueño sigue siendo más o menos regular. La enferma no adelgaza, aunque la alimentación actual apenas representa una décima parte de lo que habitualmente come.

Se conoce demasiado bien la enorme resistencia de la salud general entre las histéricas, como para que nos asombremos de verlas soportar estoicamente una inanición sistemática a las que las mujeres robustas no se expondrían impunemente. Además hay que tener en cuenta que la disminución de alimentos se hace gradualmente y sin brusquedades; en consecuencia, la economía del organismo se adapta tan cómodamente que no parece que exista la disminución alimentaria señalada. Por otra parte, durante nuestra estancia en París hemos podido comprobar que la dieta a la que están sometidos muchos pobres, en principio, no les altera sensiblemente la salud.

Otro hecho que también hemos constatado es que la disminución de la comida lejos de abatir las fuerzas musculares tiende a incrementar la aptitud para el movimiento. La enferma continúa sintiéndose activa, ligera, puede montar a caballo, recibe visitas y las devuelve y puede, incluso, llevar una vida mundana sin acusar el cansancio del que, en otros momentos, se lamentaría.

No existen signos visibles de clorosis o anemia, o al menos no estamos autorizados a decir que la inanición los haya provocado, ya que la mayoría de estas enfermas eran más o menos cloroanémicas anteriormente.

Aunque la situación no varía en relación a la anorexia y al rechazo de los alimentos, a medida que el mal se prolonga, las disposiciones del medio se modifican y, paralelamente, el estado mental de la histérica se hace más acusado.

Si el médico había prometido una rápida recuperación o supuso mala voluntad por parte de la enferma desde ese momento pierde su autoridad moral. A pesar de esto la enferma no rechaza la administración de ningún alimento y, en tanto sigue inflexible en lo que se refiere a comer, se muestra dócil para cualquier otro remedio por poco atrayente que parezca. He llegado a ver a una paciente que al mismo tiempo que masticaba unos buenos trozos de ruibarbo no se decidía a degustar una buena chuleta. En estos casos no sirven para nada ni los estimulantes gástricos muy activos, ni los purgantes suaves o drásticos, ni las aguas minerales. Ocurre igual con los estimulantes difusores, las gomas fétidas, la valeriana, la hidroterapia, duchas con temperatura variable, los fortificantes, las sustancias ferruginosas, los derivados cutáneos, etc. Los laxantes únicamente sirven para suprimir el estreñimiento en tanto el resto de los agentes no procuran ninguna atenuación de la anorexia.

Cuando después de varios meses la familia, el médico y los amigos comprueban la persistente inutilidad de todos los esfuerzos, comienzan a inquietarse y se da paso al tratamiento moral. A partir de este momento se va a perfilar la perversión mental, única y característica, que justifica el nombre que yo he propuesto, a falta de otro mejor, de *anorexia histérica*.

La familia sólo tiene a su alcance dos métodos que mantienen hasta el final: rezar o amenazar; tanto el uno como el otro sirven como piedra de toque. Se multiplican las delicadezas en la mesa con la esperanza de despertar el apetito, pero éste disminuye por muy solícito que se sea. La enferma saborea desdeñosamente los nuevos manjares y después de haber mostrado así su buena voluntad, considera que ya no tiene obligación de hacer nada más. Si se le suplica, si se le pide como favor o como prueba de afecto, termina por resignarse a comer un nuevo bocado para después añadir que ya no come más. El exceso de insistencia lo único que consigue es una mayor resistencia. Es una ley bien conocida, que todos hemos comprobado, que la mejor manera de doblegar la obstinación de los histéricas es dejar caer la idea, explícita o implícitamente expresada, de que si ellas quieren podrán dominar sus malos impulsos. Cualquier mínima concesión las transformará en niñas caprichosas y esta concesión, mitad instintiva mitad irracional, no la consentirán nunca.

A partir de entonces la anorexia se convierte en el único tema de preocupación y de conversación. Se forma así una especie de atmósfera alrededor de la enferma que la envuelve y de la que no puede escapar en ningún momento del día. Los amigos, junto con los familiares, contribuyen a la consolidación de la enfermedad, cada uno según su manera de ser o el grado de afecto que le tengan. Existe, además, otra ley no menos conocida, según la cual la histeria soporta el influjo de su medio y la enfermedad se desarrolla o se condensa, cuanto más se estreche el círculo donde se mueven las ideas y sentimientos de la enferma. Este hecho no responde únicamente a un vicio patológico del carácter. Constantemente se presentan sensaciones que recuerdan, en parte, a las impresiones de los hipocondríacos y a las ideas delirantes de los alienados a la que los

históricos no pueden sustraerse por muchos esfuerzos que hagan. Todo lo más, se conceden por intervalos pequeñas treguas en las que olvidan esas desagradables sensaciones. Mientras tanto el malestar se va consolidando cada vez más en relación directa con el estrechamiento de la atención. Al cabo de un tiempo la enferma entra en una nueva fase, su tema cristaliza, empieza a sistematizar a la manera de ciertos alineados y no se cuestiona sus argumentos: a partir de entonces las respuestas se hacen más uniformes que las preguntas.

Sin embargo, para todos aquellos familiares que tomaron parte en estas dolorosas escenas, el cuadro no se presenta demasiado detallado ni tan siquiera sombrío; a partir de entonces se deja de suplicar y se exige. Nueva tentativa que terminará por resultar más infructuosa que las anteriores.

¿Qué pensar entonces? Que la enferma no puede vivir con una cantidad de alimento a la que no se acomodaría ni un niño pequeño. La paciente responde entonces que su alimentación es suficiente y que ni ha cambiado ni ha adelgazado; además no renuncia a ninguna tarea por fatigosa que resulte; sabe mejor que nadie lo que necesita y además le resultaría imposible tolerar una alimentación más abundante.

A la idea de que la inanición determinará a la larga una enfermedad gástrica, la paciente responde que nunca se ha sentido mejor, que no padece de nada y que tales celos son infundados porque ella se encuentra muy bien.

Durante este período, los dolores del principio se han atenuado o incluso llegan a desaparecer. Si reaparecen no es sino a grandes intervalos y en proporciones fácilmente tolerables. Por ello, la enferma atribuye esta disminución de los dolores al régimen que practica.

Por otra parte, el ayuno no es total ni tiene nada en común con el rechazo de los alimentos que practican los melancólicos. La anorexia no se agrava y, sobre todo, no se transforma en una repugnancia análoga a la que se comprueba en algunos tísicos y muchos cancerosos. La enferma asiste de buena gana a las comidas familiares con la única condición de que le dejen comer a su aire.

Lo que domina en el estado mental de la histérica es, ante todo, una quietud y casi diría que un gozo verdaderamente patológico. No sólo no se preocupa por su duración, sino que se complace en este estado a pesar de todas las contrariedades que le origina. No creo que sea exagerado comparar esta seguridad tan absoluta con la obstinación del alienado. Si revisamos las demás anorexias, podremos observar las diferencias que se dan. El canceroso, aún en el cénit de sus repugnancias, espera y solicita un alimento que le despierte el apetito y está dispuesto a hacer cualquier cosa aunque sea incapaz de vencer su asco. Los dispépticos sin lesión orgánica se las ingenian variando su régimen, ayudándose con todos los medios a su alcance y se quejan con la habitual amargura de los enfermos gástricos. Aquí no se asiste a nada parecido; muy al contrario, se da un optimismo inexpugnable contra el que se estrellan las súplicas y las amenazas. No sufro, gozo de muy buena salud, tal es la fórmula que reemplaza a las precedentes. He oído decir tantas veces esta frase a las enfermas que para mí es como un síntoma, casi un signo de la enfermedad.

Si presto al estado mental una importancia que puede parecer exagerada es porque la enfermedad se resume en esta perversión intelectual: Suprimidla y tendréis entonces una enfermedad banal destinada a ceder a la larga con los procedimientos clásicos de tratamiento; exagerando, sin ir demasiado lejos, lo que se presenta es una dispepsia que no se puede comparar con otras, que sigue un curso previsto y que no cede mediante los medios habituales.

Por otra parte, no pienso que la histeria gástrica sea una excepción a esta regla: en las demás localizaciones histéricas no se encuentra una indiferencia tan grande, por incómodos y penosos que resulten los trastornos. La histérica con tos convulsiva no pide

sino que se la libere de un espasmo irritativo, a veces ridículo: se queja junto a los que la compadecen, pero cuando se trata de luchar activamente contra su mal, se comporta con más indiferencia que celo. Ocurre como en los parapléjicos condenados al reposo más absoluto que consienten en vivir así sin exigir del médico, consumido en inútiles tentativas que no recurra sino a medios heroicos.

He observado, con dos de mi colegas, un extraño caso que muestra muy bien la característica que intento señalar. Se trata de una chica de 20 años que fue afectada por un espasmo de laringe al terminar los ejercicios de canto. El dolor, si es que tal sensación merece ese nombre, era inexplicable, indeciso, pero particularmente se somete a nuevas experiencias que de antemano señala que están por encima de sus posibilidades. No pide otra cosa que cuidados con tal de que no le exijan un nuevo esfuerzo. Los tratamientos racionales no dieron resultado. El malestar duró casi un año.

Los mismos fenómenos semidolorosos, tan vagos como desalentadores, se reproducen no sólo cantando sino por el sólo hecho de hablar. La enferma se refugia en un mutismo total y prefiere antes escribir sobre un cuaderno que articular una sola palabra. Se confina así en un aislamiento voluntario, suprime todo tipo de relaciones con los suyos y con el mundo, escribiendo de tanto en tanto que su situación le parece intolerable, no rechazando ninguna medicación pero incapaz de decidirse a hablar bajo la presión persistente de su entorno. Interrogada con una insistencia que ella comprende, sobre la naturaleza del obstáculo ante el que retrocede, responde que su sufrimiento no tiene nada de especial pero que no se siente con fuerzas para desafiárselo. Cuando por una extraña condescendencia se decide a articular una o dos palabras, la voz es sonora, bien timbrada y no acusa ninguna lesión; además la laringe, cuidadosamente examinada, estaba indemne.

Los ocasiones de poder observar enfermas afónicas, roncadas, incapaces de hablar, sin sentir ningún sufrimiento, son tan frecuentes como las de ver dispepsias con anorexias. ¿Es posible, aunque sea una sola vez fuera de los estados histéricos, observar esta particularidad que acabo de mencionar con conservación completa de la voz y un rechazo no menos completo de sufrir una especie de malestar que parece absolutamente localizado?

He visto igualmente en jóvenes histéricas, en una época cercana a la pubertad, el mismo poder de inercia aplicado a otras funciones. En una enferma de 16 años que había tenido varios ataques clónicos, el movimiento e, incluso, la quietud provocaban, decía ella, sensaciones dolorosas de los miembros inferiores y un malestar general indefinido; no existía debilidad muscular apreciable.

La niña comenzó por restringir sus movimientos y no dejaba la cama nada más que para dar algún que otro paso; más tarde no consintió sino en ser llevada desde la cama a un sillón donde se sentaba algunas horas; finalmente se condenó a un decúbito absoluto durante día y noche. Estuvo así más de 18 meses.

Allí, al contrario que en el caso de la fonación y la alimentación, se puede recurrir a un tipo de gimnasia pasiva, levantar a la enferma, mantenerla de pie y hacerla andar sosteniéndola. La experiencia fue repetida durante un número incalculable de veces y siempre con idéntico mal resultado. A pesar de que se le aseguraba que no, la familia se inquietaba con la idea de que existía una paraplejía; algunos médicos ante la persistencia de mal dudaron de su naturaleza histérica. La niña resistió durante el largo espacio de tiempo que he señalado y no tuvo más que una ligera mejoría atribuida a los baños templados de mar.

Al igual que en la histeria, en la hipocondría y en un gran número de afecciones del sistema nervioso central se constatan aprensiones desproporcionadas con respecto al dolor. El hecho se explica a primera vista por una susceptibilidad exagerada; se admite que la enferma exagera desmesuradamente la importancia del mal y que se inquieta en

virtud de una idea teórica de los hechos. Suponiendo que esto fuera así, eso ya sería una actitud mental patológica reservada a las enfermas imaginarias; pero las cosas son de otro modo. Cada sensación local se acompaña de un malestar general, de una perturbación imposible de describir, de un sentimiento de colapso, de desfallecimiento tanto más penoso cuando más confuso es y del que no se sabe cómo valorar su grado. Creo que todos hemos comprobado un efecto más o menos análogo al inicio de una indigestión como pródromo de un vómito o como comienzo de una enfermedad.

Es cierto que el malestar gástrico de las histéricas no se reduce a una simple gastralgia sino que es parte de un conjunto de síntomas inquietantes. La prueba está en que, cuando después de la administración de un medicamento, el estómago se irrita y duele, la enferma no confunde este dolor, por así decir artificial, con los que sentía antes. Ello me basta para recordar el carácter de sufrimiento reflejo, sin tener que extenderme más allá en la descripción del fenómeno.

Durante este segundo período constituido por falta de apetito, temor a una sensación indefinida, rechazo cada vez mayor a someterse a cualquier intento de alimentarse, la enfermedad no cambia. La obstinación dura meses e incluso años. En un caso donde yo relevé como médico a uno de mis maestros, la enferma había recibido cuidados continuos durante 18 meses y con una dejadez mezclada con un punto de causticidad, repetía la invariable conversación que mantenía dos veces al día entre ella y su médico: Mi niña, ¿estáis decidida a comer? Doctor, hago lo que puedo y no lo logro. Esfuércese un poco más y todo irá mejor.

Por último, por maravillosa que sea la tolerancia de la economía del organismo en las histéricas, ésta acaba por agotarse y la enfermedad entra en su tercer estado.

Las reglas hasta aquí insuficientes e irregulares, dejan de producirse y sobreviene la sed. Estos datos son, de ordinario, la advertencia de que van a aparecer complicaciones inminentes. El examen objetivo permite reconocer una retracción de las paredes abdominales que hasta entonces no había existido; la palpación indica una disminución progresiva de la elasticidad, síntoma habitual de inaniciones prolongadas. La región epigástrica se vuelve dolorosa a la presión, si bien la enferma no se queja de dolores espontáneos. El estreñimiento pertinaz no cede a los purgantes. La piel está seca, rugosa, sin flexibilidad y el pulso aumenta su frecuencia.

La delgadez avanza rápidamente y con ello aumenta la debilidad general. El ejercicio se vuelve laborioso, la enferma permanece voluntariamente en decúbito; cuando se levanta siente vértigos o tiende a encontrarse mal e incluso aparecen crisis sincopales. La cara está pálida y los labios descoloridos. Se constata un soplo cardiovascular de origen anémico casi constante que, a menudo, precede a la enfermedad pero que raramente falta en los períodos avanzados. No es preciso que este cuadro presente exactamente las variedades individuales que hemos observado. Lo más sobresaliente puede ser el adelgazamiento, la debilidad, el estado anémico con su cortejo de trastornos locales o generalizados. Excepcionalmente pueden aparecer trastornos nerviosos espasmódicos, neuralgias, etc.; los síntomas activos parecen borrarse a medida que disminuye la resistencia vital.

La aparición de estos signos cuya gravedad no escapa a nadie, redobra las inquietudes; los amigos, los familiares empiezan a ver la situación como desesperada. Que nadie se sorprenda, en contra de lo que es habitual en mí, verme hacer continuamente paralelismos entre el estado mórbido de la histérica y las preocupaciones de su entorno. Estos dos términos son solidarios y se tendría una noción errónea de la enfermedad si limitáramos su examen sólo a la enferma. Desde el momento en que interviene un elemento moral, cuya existencia en este caso está fuera de dudas, el medio donde vive la enferma ejerce una influencia tan grande que sería lamentable omitirla o desconocerla. La afección verdadera, sincera ha tomado el lugar de las advertencias: tanto por la

fuerza de los sentimientos como por las necesidades que originan los nuevos trastornos, la histérica ha pasado a ser una verdadera enferma que ya no depende más del libre movimiento de la vida cotidiana.

Me parece que este cambio inconsciente en las respectivas posiciones de la enferma y sus familiares, juega un papel muy importante. La chica comienza a inquietarse por el triste aparato que la rodea y por primera vez su satisfecha indiferencia hace aguas: en este el momento en que el médico puede retomar su autoridad, si había procurado conservarla con miras al futuro; el tratamiento ya no es aceptado con pasiva condescendencia, sino que es acogido con una apetencia que la enferma se empeña en disimular. Es curioso perseguir la lucha que se establece entre el pasado y el presente y se constata fácilmente, con tal de que no se profundice en esta investigación.

A partir de entonces se abren dos caminos para la enferma: o bien, y ello ocurre muy raramente, la enferma se relaja y se vuelve cada vez más obediente, o se muestra con una especie de docilidad con la evidente esperanza de conjurar el peligro sin renunciar a sus propias ideas y tal vez tampoco al interés que inspira su enfermedad. Esta segunda tendencia, la más frecuente, complica enormemente la situación. No es cosa fácil devolver el normal funcionamiento al estómago condenado desde mucho tiempo atrás al reposo: por ello, se alternan episodios de buenos y malos resultados y, a menudo, no se obtienen sino cambios inapreciables. Conozco casos de enfermas que desde que se inició su enfermedad, de diez años de evolución, no han recuperado la aptitud para alimentarse como todo el mundo; siguen viviendo, su salud no se ve gravemente afectada, pero es necesario que esta modificación represente para ellas la curación.

Algunas veces un desenlace inesperado rompe el curso de la enfermedad: una boda, un enfado, una perturbación moral profunda. Otras veces se tratará de un incidente físico: un embarazo, una afección febril, pero, en general, se resiste al poder modificador de estos acontecimientos.

Como tesis general es necesario prever que el cambio hacia la mejoría se operará lentamente, por secuencias sucesivas, pero igualmente es preciso guardarse de afirmar previamente el grado de mejoría con que deberá contentarse la enferma.

Por muy fundadas que sean las inquietudes, no he visto que la anorexia acabe directamente en la muerte, aunque a pesar de esta seguridad que da la experiencia, la verdad es que he pasado por repetitivas situaciones de perplejidad. Probablemente ocurre que la sensación patológica, causa primera de la inanición, desaparece de hecho en la caquexia creciente. No es únicamente la fiebre quien puede resolver los espasmos sino que también lo hacen diversos estados patológicos. Entonces la paciente, liberada de su preocupación casi delirante, pasa a engrosar las filas de los dispépticos no ofreciendo a la cura sino las normales dificultades a que estamos acostumbrados. La histeria en sí misma, por muy extrema que sea la violencia que alcance no es mortal, pero puede ser la causa ocasional o si se prefiere indirecta de enfermedades de fatal desenlace y hasta desencadenante de tuberculosis pulmonares. Únicamente en una ocasión en una mujer de 30 años, casada, histérica de larga evolución cuando sobrevino la anorexia, asistía a una determinada transformación de las que acabo de detallar. La repugnancia a comer se produjo después de un enfado más imaginario que real pero que le afectó profundamente; sospeché en principio que se trataba de una velada tentativa de suicidio. La sucesión de fenómenos no tardó en conjurar esta sospecha y posteriormente la enferma hizo múltiples esfuerzos por volver a la vida.

Las histéricas suelen curarse, en mayor o menor grado, después de varios años, pasando por períodos cada vez más espaciados en los que limitan su apetito haciéndolo selectivo para determinados alimentos que a veces resultan extrañísimos. Tal es el caso de una joven que tratamos con TROUSSEAU: se trataba de una joven, histérica desde su pubertad, que sin causa aparente había sido afectada por una anorexia invencible, la

enferma había llegado a tal grado de emaciación y debilidad que no podía levantarse de la cama. Su alimentación se componía exclusivamente de algunas tazas de té cortado con leche. El estreñimiento pertinaz había originado una grave diarrea con exudados pseudomembranosos. No se volvió a quedar encinta pero bajo la influencia del anterior embarazo se ingenió para buscar una alimentación de acuerdo a su estómago. Durante seis meses no se alimentó más que con café con leche en el que mojaba, como si fuera pan, pepinillos en vinagre; poco a poco, muy lentamente, añadió algunas féculas a este singular régimen. En la actualidad goza de buena salud aunque con una delgadez excesiva.

Lo ordinario es que el apetito se limite a alimentos extrañamente escogidos, donde la fantasía vuela libremente. Me acuerdo de una enferma, soltera, de 26 años, que vivía en una provincia apartada y que no podía comer más que galletas sin azúcar preparadas por un panadero de París; otras veces su comida se reducía a una única especie de legumbres, rechazando el pan y la carne; en otras ocasiones no consentía en alimentarse como no fuera con alimentos cuyo sabor estuviera disimulado por las especias.

Si bien estas restricciones son una buena señal, las enfermas continúan soportando, inapetentes, la comida que eligieron a falta de otra mejor. La anorexia resiste indefinidamente durante mucho tiempo aunque la paciente haya vuelto a un régimen normal. No he visto que la enfermedad recidive nunca; una vez establecida la curación, relativa o total, se mantiene. En los períodos en que la afección histérica había cedido o se había disfrazado bajo otras formas, solicité de las enfermas algunas informaciones más precisas sobre las sensaciones que sentían y que le hacían apartarse de los alimentos: en esta encuesta retrospectiva ninguna paciente me suministró más datos que los que les he relatado. La fórmula tipo volvía a aparecer igual que durante la enfermedad: no puedo, es más fuerte que yo; además, me siento bien.

Las observaciones que han servido de base a esta memoria son un total de ocho, todas ellas relativas a mujeres, la más joven de 18 años y la mayor de 32. La histeria se presentaba en ellas con síntomas diversos; únicamente una cloroanémica, no había tenido ataques, pero su madre había sufrido, además de numerosas crisis, dos ataques de hemiplejía histérica.

Era bastante fácil indicar una fecha de inicio, pero en su evolución la anorexia pasaba por degradaciones tan insensibles que no podríamos fijar una fecha para su terminación. Acercándonos más a la verdad, se puede decir que la afección, comprendiendo las fases que he indicado, nunca persistió menos de un tiempo comprendido entre 18 meses y dos años.

Aunque el total de los hechos no sea muy numeroso, existían entre ellos tal similitud que los últimos casos no me crearon la menor indecisión en relación con el diagnóstico y con el pronóstico; efectivamente todo ocurrió de acuerdo a lo establecido. Al escribir esta variedad me propuse, así lo decía al comienzo, destacar un tipo o un fragmento pero, sobre todo, señalar el papel tan considerable que juega en ciertas formas de histeria, la disposición mental de las enfermas y demostrar, una vez más, la íntima relación que une la histeria con la hipocondría.

(Traducción: J. J. MELENDO)