



## Descripción del gran ataque histérico (1)

Los autores reconocen dos especies de *histero-epilepsia*: la *histero-epilepsia de crisis distintas*, en la que los síntomas de histerismo y de epilepsia se manifiestan separadamente en crisis que no se confunden nunca, y son unas veces ataques de histerismo y otros accesos de epilepsia; y la *histero-epilepsia de crisis mixtas*, en la que los signos del histerismo y los de la epilepsia se presentan mezclados. Estas crisis mixtas se designan desde hace mucho tiempo en la clínica especial de la Salpêtrière con el significativo nombre de ataques-accesos (2).

No trataremos aquí más que de la segunda forma, es decir, de la *histero-epilepsia de crisis mixtas*. M. Charcot es, desde hace mucho tiempo, partidario de la opinión que no considera a la *histero-epilepsia de crisis mixtas* más que como el grado más intenso del histerismo; y a fin de evitar toda confusión, propone llamar *hysteria major* a esta forma de la enfermedad; según él, la epilepsia no existe en estos casos más que en la forma, pero no en el fondo. Este es el *histerismo epileptiforme* de Louyer-Villermay.

Los ataques convulsivos que se observan en la *histero-epilepsia* entendida de este modo, se han considerado desde hace mucho tiempo como una mezcla confusa de fenómenos, que unos son histéricos y otros epilépticos, entrelazados tan íntimamente, que imposibilitan toda descripción metódica y regular.

M. Charcot, contrario a esta opinión, se propone demostrar que todos esos fenómenos del ataque *histero-epiléptico*, tan desordenados y tan variables en apariencia, se desarrollan siguiendo una regla, una ley, y describe prácticamente un tipo que representa el *ataque completo*, especie de patrón al que pueden referirse o compararse los ataques confusos, incompletos o anormales, en sus numerosas variedades.

*Descripción del ataque completo*. — El ataque completo se compone de cuatro períodos, y va precedido de prodromos.

a) Algunos días antes del ataque la enferma siente malestar, inapetencia y vómitos; se pone taciturna, melancólica, o es presa de una excitación que hace a veces muy difícil su asistencia; la hemianestesia aumenta en intensidad, y la sensibilidad se extiende algunas veces a ambos lados del cuerpo, resistiendo a menudo a la acción de los agentes estesiógenos (aplicaciones metálicas, imán, etc.), que la modificaban más o menos rápidamente en las condiciones ordinarias; la amiotenia aumenta también,

(1) Memoria de P. Richer.

(2) Las crisis convulsivas del histerismo se llaman *ataques*, y la palabra *acceso* se emplea para designar las crisis epilépticas. ¿Cuál es el origen de esta nomenclatura y de qué época data? Se ignora en absoluto.

las alucinaciones de la vista son más frecuentes, y consisten, por regla general, en visiones de animales, gatos, ratas, víboras, cuervos, etc. La zona histerógena está más sensible, y basta una ligera excitación de los tegumentos de esta zona para hacer estallar las convulsiones. Frecuentemente se ven aparecer calambres, temblor limitado a un miembro, o sacudidas generales acompañadas de vértigo, y que tienen grandes analogías con lo que Herpin, al tratar de la epilepsia, llama *convulsiones epilépticas*.

Pronto se presentan los fenómenos del aura histerica que preceden inmediatamente al ataque, y aparecen en general por este orden: dolor ovárico (3), irradiaciones al epigastrio, palpitaciones, sensación de bola histerica en el cuello, silbidos de oídos, sensación de martilleo en la región temporal, y pérdida de la vista. Después, la pérdida del conocimiento señala el principio del ataque, que se desarrolla del modo siguiente:

1.º *Período epileptoideo*. — Puede parecerse, y lo más frecuente es que se parezca, al ataque de verdadera epilepsia, hasta el punto de dar lugar a equivocarle con él: convulsiones tónicas, clónicas y después estertor; pero, a pesar de estas apariencias, dos cosas prueban indudablemente que no existe la epilepsia más que en la forma. Primero. La compresión ovárica puede detener, más o menos bruscamente, las convulsiones en cualquier momento en que se la practique durante el período epileptoideo (entendiéndose esto en los casos en que hay *ovaralgia*). Segundo. Las aplicaciones de corrientes eléctricas producen el mismo efecto, y también se consigue éste por medio de una fuerte fricción ejercida en los puntos histerógenos. Y bien sabido es que con ninguno de estos medios se ha podido nunca, no ya dominar, sino ni siquiera atenuar las convulsiones de la epilepsia verdadera.

Este período epileptoideo puede considerarse dividido en tres fases.

a) *Fase tónica*. — Principia ordinariamente por algunos movimientos de circunducción de los miembros superiores, al mismo tiempo que sobreviene la pérdida del conocimiento, la suspensión momentánea de la respiración, la palidez, y después el enrojecimiento del rostro, la hinchazón del cuello, la distorsión de las facciones, y algunas veces la protrusión de la lengua. El grito con que empieza el ataque y que indican los autores se reduce por lo general a una inspiración sibilante seguida de algunos ruidos guturales. Esta fase tónica se termina por la inmovilidad tetánica de todo el cuerpo.

b) *Fase clónica*. — Los miembros y todo el cuerpo experimentan oscilaciones breves y rápidas, cuya amplitud aumenta por grados, y que se terminan por grandes sacudidas generales. Los músculos de la cara, animados por los mismos movimientos, producen en ésta gestos horribles.

c) *Fase de resolución*. — La cara está abotargada, los ojos cerrados, los músculos todos en la más completa resolución, y la respiración se hace estertorosa.

MM. Regnard y Richer han dado el trazado de este primer período del ataque, valiéndose para ello del miógrafo de Marey (4).

2.º *Período de las contorsiones y de los grandes movimientos*. *Clonismo*. — Después de un corto instante de calma que sigue al estertor, empieza el segundo período. Este está constituido por dos órdenes distintos de fenómenos, que son las *contorsiones* y los *grandes movimientos*. Las contorsiones consisten en actitudes extravagantes, que no parecen sometidas a más ley que a la de lo extraño, lo imposible y lo ilógico. Estas actitudes son muy variadas, y una de las más frecuentes es el *arco de círculo*. La enferma está encorvada hacia atrás, y sólo la cabeza y los pies descansan en la cama, en tanto que el vientre forma el vértice de la curva.

---

(3) Las enfermas a quienes se refiere la presente descripción sufren casi todas de *ovaralgia*.

(4) *Etudes graphiques sur l'attaque hystéro-épileptique*, por Regnard y Richer. (*Revue mensuelle*, septiembre 1878.)

Los *grandes movimientos* consisten por lo regular en oscilaciones rápidas y extensas de toda una parte del tronco o solamente de los miembros. El más frecuente de los grandes movimientos es éste: la enferma se endereza como para incorporarse; su cabeza se baja hasta el nivel de sus rodillas, y después se vuelve bruscamente hacia atrás, chocando violentamente contra la almohada. Este movimiento se repite hasta veinte veces seguidas, y es precedido o interrumpido a menudo por gritos automáticos, cuyo penetrante timbre recuerda el pito del ferrocarril. Otras veces son enteramente desordenados estos grandes movimientos, y la enferma parece luchar contra un ser imaginario, o trata de desembarazarse de las ligaduras que la sujetan, da gritos horribles y es acometida de una especie de furor, que la hace golpearse, morderse o arrancarse los cabellos.

3.º *Período de las actitudes pasionales.* — La alucinación preside manifiestamente a este tercer período. La misma enferma toma parte en la escena, y por su mímica animada y expresiva, y por las palabras entrecortadas que se le escapan, es fácil seguir todas las peripecias del drama a que cree asistir y en el que ella desempeña a menudo el principal papel. Dos órdenes bien diferentes de ideas se reparten ordinariamente las alucinaciones de la enferma; el cuadro tiene dos aspectos: uno *alegre* y otro *triste*. En el alegre la enferma se cree, por ejemplo, transportada a un jardín magnífico, una especie de Edén, en el que por lo regular las flores son *encarnadas* y los habitantes están *vestidos del mismo color*, oyéndose allí música. La enferma encuentra en él al objeto de sus ensueños o de sus afecciones anteriores, y algunas veces tienen lugar escenas eróticas. Los cuadros tristes suelen consistir en incendios, guerras, la Commune, asesinatos, etc.; casi siempre hay en ellos derramamiento de sangre.

4.º *Período terminal.* — La enferma vuelve por último a la realidad, y reconoce a las personas que la rodean; pero permanece durante un tiempo más o menos largo en un delirio, que con frecuencia es melancólico, perturbado por alucinaciones. Ve animales, ratas, gatos negros, víboras, cuervos, etc., y estas visiones causan a la enferma un espanto grandísimo, y se presentan principalmente en el lado en que reside la hemianestesia, lo mismo que tiene lugar en los períodos de calma, como ha dicho M. Charcot. Algunas veces se agregan a estos síntomas contracturas generales muy dolorosas y que desaparecen rápidamente, o contracturas parciales que no producen dolor alguno, pero que pueden persistir durante mucho más tiempo.

El ataque regular, o ataque tipo, compuesto de estos cuatro períodos, dura, por término medio, un cuarto de hora; pero puede repetirse y dar lugar a series de ataques, cuyo número varía de veinte a doscientos, o más. La enferma puede permanecer entonces en una especie de *estado de mal*, análogo al estado de mal epiléptico, pero que puede prolongarse veinticuatro horas, y aún más. Con este motivo, os recordaré algunos caracteres diagnósticos importantes: la ausencia de elevación térmica, la cual no dejaría de producirse si se tratase del estado de mal epiléptico, la influencia de la compresión de los ovarios, la del frotamiento ejercido en las zonas histerógenas, la de la intervención de corrientes galvánicas, etc.

El ataque convulsivo del histerismo mayor con los caracteres que acabo de enumerar, entiéndase bien que no es propio solamente de las enfermas reunidas en el centro en que se han recogido nuestras observaciones. Sábese desde hace mucho tiempo que la imitación puede tener cierta influencia sobre la forma que revisten los accidentes del ataque histérico; pero no sucede así en este caso, por lo menos en lo que se refiere a los grandes rasgos que hemos descrito. Estos caracteres se encuentran lo mismo sin modificación fundamental en las enfermas aisladas de la población, en las que la imitación no puede ejercer influencia; se los encuentra también en las observaciones verificadas en el extranjero, como lo atestiguan, por ejemplo, los casos recogidos recientemente en Escocia por el doctor Inglis, médico del asilo de Edimburgo. Se encuentra en

las descripciones de estos autores la sucesión de las diversas fases: epiléptica, de los grandes movimientos, de las actitudes pasionales, etc., etc. La influencia decisiva de la compresión del ovario está también consignada expresamente en estas descripciones, y las del doctor Leidesdorf (de Viena) atestiguan lo mismo.

Por otra parte, el estudio de las antiguas epidemias convulsivas demuestra también hasta la evidencia que la histero-epilepsia no ha cambiado con el tiempo, puesto que en las relaciones que se han hecho de estas epidemias se describen los principales caracteres sobre que hemos insistido. Las convulsiones epileptoideas se indican clara y casi constantemente; pero los autores se extienden más en la descripción de la segunda fase, cuyas horribles contorsiones y extraños movimientos les habían llamado principalmente la atención, y que ellos atribuyen a menudo a la influencia de un poder sobrenatural. El *arco de círculo*, por ejemplo, se describe en la mayor parte de las epidemias célebres, en la histero-demonopatía de las religiosas de Santa Isabel de Louviers, desde 1642 a 1646, en la histero-demonopatía de las monjas de Uvertet (Alemania), y también en las convulsionarias de Saint-Médard..., etc.

Las actitudes pasionales se encuentran aisladas bajo la forma de éxtasis o de *representaciones*, según la expresión usada entre las convulsionarias de Saint-Médard. En fin: en estas mismas convulsionarias se encuentra la relación de accesos de delirio religioso y profético que se refieren claramente al delirio del período terminal del ataque.

Un punto de estudio de más inmediato interés consiste en la comparación que puede hacerse entre la descripción precedente del ataque histero-epiléptico y la que del ataque del histerismo vulgar han dado los autores clásicos. Resulta claramente de esta comparación que no podrían separarse estas dos afecciones para considerarlas como dos enfermedades de diferente naturaleza, y que el histerismo vulgar o histerismo menor no debe considerarse más que como una atenuación o, si se quiere, un estado rudimentario de la histero-epilepsia o *hysteria major*.

\* \* \*

A) *Varietades por predominio de uno de los períodos. — Primera variedad. -Forma epileptoidea.* En esta variedad el ataque histero-epiléptico se encuentra en cierto modo reducido al primer período, con exclusión más o menos completa de los otros. La fase epileptoidea puede repetirse hasta el punto de simular un estado de mal de la verdadera epilepsia con toda su apariencia de gravedad; pero el empleo de los diversos medios usados para modificar el ataque histérico hace desaparecer estas horribles convulsiones y confirma la naturaleza histérica de la enfermedad. Además, observando con un poco más de cuidado, se notarán algunos fenómenos convulsivos que pertenecen con especialidad al histerismo, tales son los movimientos de circunducción del principio de la fase tónica, la hinchazón del cuello y la persistencia de la contractura durante la fase de resolución. Se ve, en fin, a menudo aparecer, en el intervalo de los accesos epileptoideos, un indicio de los otros períodos que viene a intercalarse en cierto modo entre ellos: este indicio consistirá, por ejemplo, en un principio del arco de círculo o en empezar a bosquejarse una actitud pasional. Nada de esto se observa en la verdadera epilepsia, y yo creo deber recordar, por último, la falta de la elevación térmica que acompaña siempre, por el contrario, al estado de mal epiléptico.

*Segunda variedad. — Forma demoníaca.* Esta variedad está principalmente constituida por el predominio de los fenómenos del segundo período, clonismo, grandes movimientos y la atenuación de los otros períodos. Las contorsiones toman un desarrollo exagerado, y justifican la denominación que M. Charcot ha dado a esta variedad. Las enfermas reproducen, en efecto, los principales caracteres de la descripción que de los antiguos poseídos nos han dejado los autores. Los miembros se retuercen y hacen contorsiones, adoptando las actitudes más extravagantes; la distorsión de las facciones

y la protrusión de la lengua dan a la fisonomía un aspecto horrible; muchas extienden los tres primeros dedos de la mano de tal manera, que simulan la acción de los *exorcismos*; gritos horribles y accesos de rabia completan este horroroso cuadro.

El primer período, epileptoideo, se representa muy a menudo en esta variedad por alguno de sus fenómenos convulsivos particulares; pero los demás períodos faltan ordinariamente por completo.

*Tercera variedad. — Ataque de éxtasis.* Los ataques de éxtasis han sido descritos por los autores clásicos; pero en general no los han considerado unidos al tipo fundamental. Sin embargo, Briquet se expresa así: «Los ataques de éxtasis pueden producirse de dos maneras; unas veces son precedidos por los preludios ordinarios de los ataques, de espasmos o de convulsiones histéricas, de modo que el éxtasis no es más que un incidente del ataque, y otras las enfermas caen bruscamente en éxtasis sin prodromo alguno».

Esta variedad del ataque puede reproducirse experimentalmente por medio de las inhalaciones de éter. Está constituida por el predominio del tercer período o de las actitudes pasionales, precedidas a veces de algunos fenómenos epileptoideos, que son entonces como el sello de la enfermedad; pero las actitudes pasionales pueden también presentarse enteramente aisladas, y el ataque puede reducirse a una sola actitud que se prolongue más o menos: así se produce la actitud estática.

*Cuarta variedad. — Ataque de delirio.* En esta variedad el delirio del cuarto período constituye todo el ataque; sin embargo, se unen a menudo al principio de él algunos fenómenos epileptoideos. La enferma hace discursos, profetiza, etc... Las disertaciones proféticas de las convulsionarias de Saint-Médard pueden considerarse como un ejemplo de esta variedad del ataque histero-epiléptico.

B) *Variedades del ataque histero-epiléptico por agregación de fenómenos catalépticos o de sonambulismo.* — La catalepsia y el sonambulismo, cuyos caracteres hemos estudiado en una Memoria anterior (5), sobrevienen algunas veces espontáneamente en las histéricas, sin presentar relación alguna aparente con el ataque convulsivo. M. Briquet considera la catalepsia como una neurosis completamente distinta, aunque muy próxima al histerismo. Pero puede suceder que existan simultáneamente ambos estados en un mismo individuo, y los fenómenos de catalepsia y de sonambulismo vengán a agregarse a los del ataque convulsivo. Las observaciones de catalepsia y de sonambulismo no son raras, y todos los autores que han tratado del histerismo hablan de los ataques de catalepsia y de los de sonambulismo. Entre otras se leerá con interés, bajo este punto de vista, la observación de M. Mesnet (*Archives générales de Médecine*, 1860) y la de M. Moissenet (primer fascículo de las *Actes de la Société médicale des hôpitaux*: «Observación de sonambulismo espontáneo»).

Se ve en estas observaciones que los ataques de catalepsia o de sonambulismo empezaban ordinariamente en las enfermas que eran objeto de las mismas por violentas convulsiones histéricas. La catalepsia o el sonambulismo terminaban también muy a menudo del mismo modo, es decir, con convulsiones, después de las cuales recobraba la enferma el conocimiento, sin conservar recuerdo alguno de lo ocurrido. De este modo se han presentado los cinco o seis casos recogidos por M. Charcot en su práctica particular.

---

(5) Véase el núm. 52 del *Progrès médical* de 1878.

Parece, según lo expuesto, que cuando los fenómenos de catalepsia o de sonambulismo vienen a complicar el ataque, suceden al primero o al segundo periodo, reemplazando al tercero, o bien se intercalan entre dos fases epileptoideas. Es interesante recordar aquí que en los experimentos de catalepsia o de sonambulismo provocados, el principio de la catalepsia o del sonambulismo se caracteriza generalmente por algunos fenómenos epileptoideos (inspiración sibilante, movimientos de deglución ruidosos, espuma en la boca...), que se reproducen casi del mismo modo en el momento en que se hace salir a las enfermas del estado a que se las había reducido (6).

---

(6) *Progrés médical*, 1879, núm. 2.