

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 16 mai 1873.

PAR JULIAN CORONEL,
Né à Guayaquil (République de l'Équateur).



DE L'HÉMIPLÉGIE HYSTÉRIQUE

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31.

1873

Reproducción facsimilar del único ejemplar de esta Tesis que se conserva en la Biblioteca de la Facultad de Medicina de París.

Homenaje de la Comisión Organizadora del IV Congreso de Medicina, I de Cirugía y las Jornadas de Pediatría Ecuatorianos.

Cubrió los gastos de la edición la familia del Dr. Julián Coronel.

Trabajo Foto-litográfico realizado en los Talleres

ARTES GRAFICAS SENEFELDER, C. A.

Guayaquil-Ecuador.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen, M. WURTZ.

Professeurs. MM.

Anatomie.	SAPPEY.
Physiologie.	BÉCLARD.
Physique médicale.	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	CHAUFFARD.
Pathologie médicale.	AXENFELD.
	HARDY.
Pathologie chirurgicale.	DOLBEAU.
	TRELAT.
Anatomie pathologique.	CHARCOT.
Histologie.	ROBIN.
Opérations et appareils.	LE FORT.
Pharmacologie.	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.	GUBLER.
Hygiène.	BOUCHARDAT.
Médecine légale.	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LORAIN.
Pathologie comparée et expérimentale.	VULPIAN.
	BOUILLAUD.
Clinique médicale.	SEE (G).
	LASEGUE.
	BEHIER.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.	GOSSELIN.
	BROCA.
	RICHET.
Clinique d'accouchements.	DEPAUL.

Professeurs honoraires :

MM. ANDRAL, le Baron J. CLOQUET, CRUVEILHIER, DUMAS et NELATON

Agrégés en exercice.

MM. BAILLY	MM. CRUVEILHIER.	MM. GRIMAUX.	MM. OLLIVIER
BALL.	DAMASCHINO.	GUENIOT	PAUL.
BLACHEZ.	DUPLAY.	ISAMBERT.	PERIER.
BOCQUILLON.	DUBRUEIL.	LANNELONGUE.	PETER.
BOUCHARD.	GARIEL.	LECORCQ.	POLAILLON
BROUARDEL.	GAUTIER.	LE DENTU.	PROUST.
		NICAISE.	TILLAUX.

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. N. . .
— des maladies des enfants.	ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses.	N. . .
— de l'ophtalmologie.	PANNAS.
Chef des travaux anatomiques	Marc SEE

Examineurs de la thèse.

M. BOUCHARDAT, *Président*: REGNAULD, BLACHEZ, DAMASCHINO.

M. LE FILLEUL, *Secrétaire*

Par délibération du 7 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MI CARA MADRE

**Permite que te dedique esta mi tesis inaugural,
como una ligera prueba ; del cariño i gratitud
que te profeso.**

A LA MEMORIA

DE MIS QUERIDAS I LAMENTADAS HERMANAS

ANA É IGNACIA.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. BOUCHARDAT,

**Professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris,
Membre de l'Académie de médecine,
Officier de la Légion d'honneur.**

AVANT-PROPOS.

Ayant été à même d'observer dernièrement quelques cas d'hémiplégie hystérique, nous avons pensé qu'il serait utile pour notre instruction d'étudier avec minutie l'hystérie en faisant notre thèse inaugurale sur une de ses manifestations; et ceci, d'autant plus, que nous comptons pratiquer dans un pays où cette névrose se trouve au fond de bien des maladies, soit à cause des influences climatériques, ou du défaut d'éducation physique ou morale. Nous n'avons la prétention de faire rien d'original, mais de résumer aussi succinctement que possible ce qui a été dit sur le sujet par les auteurs qui s'en sont occupés, en ajoutant quelques observations pour illustrer l'étiologie et la symptomatologie.

DE

L'HÉMIPLÉGIE HYSTÉRIQUE

BIBLIOTECA NACIONAL
QUITO—ECUADOR

Les paralysies hystériques ont été connues depuis longtemps, puisque nous trouvons dans Hippocrate « l'histoire d'une jeune fille atteinte, à la suite de suppression des règles, de paralysie du membre supérieur droit et du membre inférieur gauche, sans altération de l'intelligence et sans déviation de la face. L'amélioration survint le vingtième jour, lors de l'apparition des règles. »

Si l'on en croit Carré de Montgeron, il se trouvait de temps en temps, parmi les convulsionnaires de Saint-Médard, des femmes qui tombaient en paralysie.

Chevalier et Feligne publièrent quelques observations relatives à des paralysies arrivées chez les hystériques, mais ce n'est que vers la fin du XVIII^e siècle que Wilson, médecin de l'hôpital de Middlesex, publia un mémoire sur l'hémiplégie proprement dite. Ce mémoire, quoique fondé sur des observations un peu abrégées, donna l'éveil sur la fréquence de cette paralysie.

En 1844, le professeur Piorry, dans sa clinique de la Pitié, attira l'attention des médecins sur l'anesthésie que l'on observe chez les hystériques, et fit entrer ainsi dans le domaine de la science cet important sujet. L'année suivante, Macario publia sur le même point un travail fort intéressant.

A partir de 1848, les monographies se sont succédé, puis vinrent les différents traités sur l'hystérie, les thèses, et toutes les publications faites sur ce sujet.

Parmi les auteurs qui ont le plus contribué à éclairer et développer cette question, nous citerons Landouzi, Mesnet, Georget et Briquet. Ce dernier, après de nombreuses recherches sur l'hystérie, a écrit sur ce sujet un ouvrage capital. Enfin, M. Duchenne (de Boulogne), dans son livre sur l'électrisation, écrivit plusieurs chapitres plus ou moins en rapport avec le point qui nous occupe.

A l'étranger, de nombreux travaux ont aussi élucidé cette question. Je citerai surtout ceux de Althaus, de Brown-Séguard et de Benedikt.

ÉTILOGIE.

Au premier abord, il semble inutile d'écrire un chapitre spécial sur l'étiologie de cette espèce de paralysie. La définition seule semble en dire assez sur son origine et sur sa nature. Mais les circonstances qui précèdent et accompagnent le développement de l'hémiplégie hystérique sont très-nombreuses et se rattachent presque toutes à l'hysté-

ricisme, dont l'hémiplégie n'est qu'une des manifestations multiples. Nous avons donc pensé qu'il serait utile de dire quelques mots, et sur les causes générales, et sur les causes occasionnelles.

CAUSES GÉNÉRALES.

Sexe. — Indubitablement la cause prédisposante la plus fréquente des manifestations hystériques dépend de l'excessive impressionnabilité et mobilité du système nerveux de la femme, et dont elle ne se rend maîtresse que par une éducation bien dirigée ou par une prépondérance innée de son organisation cérébrale. Cependant il ne faut pas croire que l'hémiplégie, de même que les autres phénomènes hystériques, soit l'apanage exclusive du sexe féminin, puisque la prédisposition à l'hystérie ne dépend pas seulement du simple fait d'appartenir à l'un ou l'autre sexe, mais plutôt de certaines conditions spéciales de l'équilibre harmonique du système nerveux, conditions qui, quoique infiniment plus fréquentes chez la femme, peuvent cependant se trouver chez l'homme.

Age. — Les phénomènes hystériques sont rarement leur apparition avant l'âge de la puberté, « parce que c'est à ce moment qu'interviennent les émotions passionnelles et affectives, et les excitations génitales qui concentrent l'activité nerveuse dans les sphères inférieures de l'animalité et favorisent ainsi l'affaiblissement de la volonté et des facultés cérébrales supérieures » (Jaccoud).

Aucun âge n'est à l'abri des perturbations hystériques, puisque, dans les 351 cas analysés par Landouzi, on en trouve 48 dans lesquels les premières manifestations ont fait leur apparition dans une période comprise entre la dixième et la quinzième année, et que Reynolds-Russell dit qu'il a trouvé, quoique rarement, des cas d'hystéricisme extrême chez des femmes ayant atteint l'âge critique. Thornton cite l'exemple d'une femme de 43 ans qui, à des intervalles plus ou moins rapprochés, présenta cinq attaques d'hystérie, suivies de paralysie de la motilité des quatre membres, et compliquées de paralysie de la vessie.

Constitution. — Il semble que la constitution et le tempérament n'ont pas une influence bien marquée sur la prédisposition plus ou moins grande aux affections hystériques. Briquet dit que l'hystérie se trouve de préférence chez les femmes grasses, paraissant fortes, mais à tissu musculaire peu développé, douées d'une teinte pâle, et présentant des signes non équivoques de la chloro-anémie.

État sexuel. — Il semble que l'hystérie est beaucoup plus commune chez les demoiselles que chez les femmes mariées, et que celles-ci sont beaucoup plus souvent atteintes lorsqu'elles sont unies à des époux impuissants, ou bien lorsqu'elles n'ont pas trouvé dans leurs maris le caractère ou le développement intellectuel qu'elles avaient espéré. On signale aussi comme victimes fréquentes de l'hystérie

les femmes qui deviennent veuves de bonne heure, de même que celles qui restent vieilles filles ou stériles dans le mariage. Des assertions de cette nature n'ont pas un grand poids comme étiologie de l'hystérie, dès le moment qu'on trouve l'hystérisme chez des femmes heureuses dans le mariage, qui leur donne toutes les satisfactions désirables, tant au point des besoins physiques que de la position sociale. Les faits qu'on met en avant pour démontrer que le mariage a guéri quelquefois la maladie, ne sont ni si nombreux, ni d'un tel caractère qu'ils puissent contrebalancer ceux qui prouvent à l'évidence que le mariage n'a pas empêché la persistance et même l'aggravation de l'hystérie. En outre, s'il y a un fait qui soit bien connu, c'est celui qui a trait à la frigidité des femmes hystériques, qui ont généralement une aversion naturelle des plaisirs vénériens.

Les excès génitaux sont considérés par quelques auteurs comme des sources fréquentes de l'hystérisme. Ceci peut être vrai jusqu'à un certain point, mais pas autant que l'on a dit, puisque Parent-Duchatelet affirme que l'hystérie ne se trouve pas avec la fréquence qu'on devrait attendre chez les filles publiques, qui se livrent entièrement aux plus grands excès de cette nature.

Climats. Saisons. — Il y a beaucoup de faits qui tendent à prouver que les climats chauds et les saisons du printemps et de l'été ont une certaine influence sur les conditions qui président au déve-

loppement de l'hystérie. Cette influence de la température n'a rien de surprenant, puisqu'on sait qu'une des conséquences de la chaleur est l'exaltation des faculté cérébrales.

Professions. — Pour ce qui fait la profession, il y a lieu de faire deux divisions :

1° L'hystérie se développe fréquemment chez les femmes de la haute société, qui généralement sont livrées à l'inertie, quoiqu'il soit bien permis de se demander si le simple fait de défaut de travail ait de l'influence sur la genèse de l'hystéricisme. Mais peu importe ; il faut bien convenir qu'une femme qui n'a rien à faire se trouve dans les meilleures conditions pour se livrer entièrement, soit à des lectures qui exaltent l'imagination, soit à la méditation constante des chagrins et des déceptions qu'elle a éprouvés, soit enfin aux émotions dépressives. Toutes ces circonstances réunies ou isolées ont pour effet d'assujettir la volonté aux excitations sensibles et affectives, constituant ainsi par elles-mêmes une opportunité morbide véritable.

2° L'état hystérique se développe quelquefois chez des individus entièrement adonnés au travail intellectuel ou à des études prématurées qui, outre l'inquiétude et l'anxiété qu'ils procurent, jettent souvent l'organisme dans un mauvais état de nutrition, et par la fatigue cérébrale et par la perte d'appétit provenant de la vie confinée et de l'absence d'exercices physiques.

Menstruation et lésions utérines. — Nous avons déjà

dit que l'hystérie fait souvent son apparition vers le commencement de la puberté, sans prétendre établir pour cela qu'il ait une relation bien définie entre cet état morbide et les différentes conditions de la menstruation. Indubitablement la métrorrhagie, qui affaiblit les forces vitales par la perte de sang, la dysménorrhée, qui produit le même effet par épuisement nerveux, peuvent l'une et l'autre conduire à l'exaspération ou au développement de l'état hystérique; mais il est encore à démontrer que ces affections soient suffisantes *per se* pour produire l'hystérie, d'autant plus qu'il est très-commun de trouver des hystériques consommées qui n'ont jamais présenté la moindre anomalie du côté des organes de la gestation ou de leur fonction.

Toutes les lésions de l'utérus ou de ses annexes peuvent être considérées, jusqu'à un certain point, comme des causes saumatiques de l'état hystérique, surtout lorsque ces lésions revêtent un caractère chronique qui, réagissant sur le système nerveux, augmente encore l'état d'excitation de cet appareil.

Hérédité. — Pour ce qui fait l'hérédité, les auteurs ne sont pas d'accord. Briquet et Georget disent qu'un simple état nerveux ou un tempérament très-irritable chez les ascendants, peut donner lieu à l'hystérie ou à toute autre névrose. Reynolds Russells et autres auteurs mettent en doute l'influence de l'hérédité, et attribuent plutôt le développement de l'hystérie, chez les différents mem-

bres d'une même famille, à une aptitude transmise par les parents et mise en éveil par le mauvais exemple et une éducation mal dirigée. Raison pourquoi il faut surveiller attentivement les enfants et les empêcher de se livrer à des larmes, à des colères ou à des tristesses intempestives.

CAUSES OCCASIONNELLES.

Briquet donne comme causes occasionnelles des paralysies hystériques un grand nombre de motifs qu'il range sous plusieurs chefs principaux, et que nous ne ferons que citer :

1° Les attaques hystériques convulsives, qui provoquent instantanément la perte des mouvements, et après lesquelles il est très-commun de voir augmenter notablement la paralysie déjà existante ;

2° Les affections morales vives et brusques, par la perturbation qu'elles impriment à tout le système nerveux (notre observation n° 1 nous en fournit un exemple assez remarquable) ;

3° Les attaques spasmodiques suivies de léthargie ;

4° Les fatigues excessives et les marches forcées pouvant produire l'anémie. Ainsi des jeunes filles, qui ont un métier pénible, comme l'est celui de blanchisseuse, des filles de la campagne, après les travaux de la moisson, des domestiques que les maltres ont surmenées, ont été atteintes de paralysie immédiatement après ces causes d'épuisement.

5° La suppression brusque des menstrues, d'où

différents troubles généraux, et par suite état nerveux et ensuite paralysie.

6° La disparition d'un symptôme hystérique, tel que la céphalalgie intense, une dyspnée, des palpitations, etc., qui est alors remplacé par le phénomène paralysie.

7° La chlorose et l'épuisement, par suite d'évacuations excessives. Ainsi des jeunes filles hystériques deviennent graduellement paralytiques par le fait de l'état anémique dans lequel elles se trouvent.

8° Enfin l'hyperesthésie donne assez souvent lieu a des paralysies : après des douleurs, quelquefois extrêmement vives, le calme apparaît, l'anesthésie survient, et à sa suite a lieu la paralysie.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

Lorsqu'on cherche à pénétrer la manière dont se produisent les paralysies hystériques, on se trouve en présence d'autant d'opinions que d'auteurs qui s'en sont occupés, de manière que ce qu'il reste de mieux à faire, croyons-nous, c'est de les reproduire et de chercher si elles peuvent rendre compte de l'hémiplégie.

M. Piorry attribue la paralysie hystérique à une déperdition considérable du fluide nerveux, qui résulterait d'un mouvement moléculaire d'oscillation qu'éprouve le système nerveux pendant l'attaque convulsive.

Landouzi, ayant constaté que la paralysie aug-

mente d'intensité après les attaques convulsives, se range à l'opinion de ses devanciers. Sandras prétend aussi que c'est un état nerveux consécutif aux crises.

Leroy d'Étiolles cite à l'appui de cette manière de voir une expérience physiologique, qui semble lui donner raison. « Si, dit-il, on irrite avec deux pôles galvaniques la portion lombaire de la moelle d'une grenouille, on voit que les secousses musculaires deviennent de moins en moins fortes dans les membres inférieurs, et cessent même complètement; mais, au bout de quelques instants, le fluide nerveux se réforme, la moelle se recharge de nouveau, pour ainsi dire, et les contractions recommencent sous l'excitation galvanique. »

Malheureusement cette théorie, si séduisante, en apparence, n'a pu recevoir la sanction de l'expérience; puisque, si elle peut expliquer jusqu'à un certain point les paralysies survenant après les attaques, comment ferait-elle pour élucider les faits de Mesnet, Besançon, Valérius et autres, dans lesquels la paralysie précéda d'un temps plus ou moins long les attaques convulsives? Les relevés de Briquet sont là aussi pour prouver que la paralysie ne s'est produite après les attaques que chez la moitié des malades. Si la paralysie augmente fréquemment d'intensité après les convulsions, il ne faut voir dans ce phénomène qu'une simple coïncidence, et non une relation de cause à effet.

Valérius localisa l'affection dans les muscles eux-mêmes, et, s'appuyant sur les travaux de Dubois-

Reymond, il prétendit que la condition de la paralysie résidait dans l'affaiblissement de la polarité des muscles immobilisés. Barnier dans sa thèse d'agrégation adopta peu à peu les idées de Valérius : pour lui l'affection serait due à une adynamie des nerfs musculaires, jointe à l'épuisement nerveux central.

L'opinion de Valérius est soutenable, et repose sur un fait physiologique certain dont malheureusement la démonstration expérimentale en est pour ainsi dire impossible, dans l'état actuel de la science. Il est impossible en effet avec les moyens dont nous disposons de constater sur le malade l'état électrique des muscles.

Pour Brown-Séguard, la paralysie hystérique ne serait qu'une paralysie réflexe ; mais, en acceptant comme prouvé le mécanisme proposé par Brown-Séguard, il faudrait encore qu'on montrât la cause périphérique qui a procédé au développement de la paralysie ; ou du moins qu'on indiquât le lieu ou l'organe où elle siège. Certes cette cause ne peut résider dans l'utérus, puisque de jour en jour on tend à revenir de l'ancienne idée qui faisait jouer à l'utérus le rôle principal, sinon unique dans le développement de l'hystérie.

Nous repousserons donc la théorie de Brown-Séguard, tant qu'on n'aura pas montré le point de départ des phénomènes réflexes qui aboutissent à la paralysie.

Pour Hasse et Niemeyer, l'origine de la paralysie est centrale et non périphérique, par le fait que les

membres paralysés peuvent se contracter sous l'influence de l'électricité. La marche même de ces paralysies et avant tout leur manière de disparaître, sont pour ces auteurs un indice non d'altération de structure, mais de troubles de nutrition légers des centres nerveux faciles à réparer.

Valentiner et Macario s'élèvent contre l'opinion qui reconnaît à la paralysie hystérique une origine centrale, et pensent qu'il n'y a là qu'une lésion exclusivement périphérique produite par perte de l'influx nerveux dans les extrémités nerveuses qui se distribuent aux parties paralysées.

Henrot et Bénédict réunissant les deux théories précédentes attribuent la paralysie à des troubles des centres et des parties périphériques du système nerveux.

Nous arrivons à une dernière théorie vaguement formulée par Rostan, lorsqu'il dit dans son *Traité du diagnostic* : « Peut-être l'agent nerveux est-il susceptible de pécher par excès et par défaut, et c'est à cette cause que nous devons rapporter les spasmes, les convulsions et les paralysies. » L'idée de Rostan a été développée par les auteurs de l'École allemande, acceptée par Reynolds Russell, Anetie, en Angleterre, et vulgarisée en France par M. Jaccond. Ces auteurs attribuent les phénomènes de paralysie, non à un trouble dans l'innervation spinale, non à une impuissance des muscles, mais à une déchéance de l'innervation centrale avec défaut d'excitation motrice. C'est l'impulsion motrice elle-même qui, ou fait défaut, ou n'a pas assez de puis-

sance pour amener une manifestation. C'est une véritable névrosisme avec perte d'excitabilité par épuisement (Jaccoud).

Nous nous rattachons volontiers à cette théorie, puisque si elle n'est pas l'expression de la vérité tout entière, elle suffit à l'explication d'un grand nombre de faits. Nous ajoutons que pour nous un grand nombre de paralysies hystériques reconnaissent pour cause une perversion de la volonté. Lorsque des hystériques ne marchent pas, cela tient le plus souvent à ce qu'elles ne veulent pas marcher ; ou qu'elles croient ne pas pouvoir le faire, autrement on ne pourrait comprendre ces cures instantanées qui ont toute l'apparence du miracle, et qui surviennent sous l'influence d'une circonstance imprévue, qui modifie l'état moral du sujet ; ainsi un incendie éclate dans un hôpital, la terreur saisit naturellement les paralytiques hystériques, qui se lèvent et se sauvent à toutes jambes. Briguet cite l'exemple d'une jeune fille paralytique qui retrouvait ses forces pour aller voir son amant. C'est aussi dans cet ordre de faits qu'on doit placer tous les faits merveilleux qu'on trouve consignés dans la démonologie hystérique.

MODE D'INVASION.

L'hémiplégie peut survenir de différentes manières ; tantôt le malade est pris d'une série d'attaques convulsives remarquables par leur nombre et leur fréquence, qui laissent à leur suite tout un côté

du corps entièrement paralysé, ou plus ou moins impotent, tantôt le même malade éprouve des douleurs, des fourmillements, des tremblements dans le côté qui doit être frappé de paralysie. D'autres fois c'est quelque impression physique ou morale qui fait éclater l'akinésie musculaire. Quelqufois c'est dans l'intervalle des crises que l'accident se déclare. Enfin les phénomènes de paralysie peuvent être la première manifestation de l'hystérie et précèdent les attaques pendant plus ou moins de temps, sans que rien puisse expliquer leur apparition plus ou moins subite.

Quelles que soient les circonstances dans lesquelles l'hémiplégie se déclare, celle-ci fait toujours son apparition d'une manière brusque ou graduelle..

Quand la paralysie se fait brusquement, elle débute comme elle le ferait à la suite d'une hémorragie cérébrale; seulement d'après le dire de Briquet, elle n'en est pas précédée de perte de connaissance; cette opinion est peut-être un peu trop absolue, car des observateurs consciencieux comme Bénédict et Buisson, de Bordeaux, ont observé une véritable perte de connaissance.

Lorsque la paralysie se fait graduellement, elle est ordinairement annoncée par une hyperesthésie et par un tremblement du côté qui doit être prochainement atteint.

La différence qui existe entre ces deux modes d'apparition de la paralysie ne tient en rien à la forme de l'hystérie; ainsi telle malade qui n'a jamais eu de crises convulsives, peut très-bien un

jour être prise subitement d'une hémiplegie complète, tandis que telle autre qui a éprouvé des attaques violentes, peut voir ces accidents paralytiques mettre un certain temps à se développer.

PARALYSIE DU MOUVEMENT.

Comme la généralité des malades qui sont atteints d'hémiplegie hystérique ont présenté, pendant un temps plus ou moins long, certains phénomènes généraux capables à eux seuls de faire reconnaître la nature de la paralysie, nous avons pensé qu'il ne serait pas superflu d'indiquer légèrement les plus saillantes de ces manifestations.

Ce sont des douleurs névralgiques qui se montrent de préférence, soit au creux épigastrique, soit sous la mamelle (*mastodynie*), principalement à gauche le long des nerfs intercostaux inférieurs; soit dans un point très-circonscrit de la suture sagittale (*clavus hystericus*), soit enfin dans les fosses iliaques. Il existe aussi une douleur en arrière, qui de l'occiput peut s'étendre jusqu'au sacrum le long de la gouttière vertébrale constituant la rachialgie, qui est souvent très-douloureuse et très-tenace.

Les névralgies viscérales sont au moins aussi fréquentes, et dans le nombre, la gastralgie aboutissant jusqu'au vomissement, l'entéralgie et l'hépatalgie doivent surtout être signalées. Enfin, comme troubles généraux pouvant exister avant la paralysie ou dans les membres non atteints, nous citerons les douleurs articulaires qui, par l'inertie et

l'immobilisation auxquelles condamnent le membre, font souvent croire aux lésions articulaires (*arthralgie hystérique*).

L'hémiplégie, de même que tous les autres phénomènes paralytiques de l'hystérie, se montre plus souvent à gauche qu'à droite. Faut-il admettre avec Weber que cette singularité tiende au plus de sensibilité du côté gauche, ou bien avec Moulin, qu'elle soit due à l'imperfection relative de ce même côté?

L'hémiplégie commence par affecter le plus souvent le membre inférieur; et ce n'est que graduellement qu'elle intéresse le membre supérieur; on trouve cependant dans l'ouvrage de Briquet quelques cas dans lesquels l'hémiplégie avait débuté par le membre supérieur; mais, quelle que soit l'extrémité qui est atteinte la première, il y a presque toujours prédominance de l'affaiblissement musculaire sur l'extrémité inférieure. Ainsi, il arrive souvent que les malades quoique ne pouvant marcher qu'à l'aide d'une béquille, se servent encore assez adroitement de leur membre supérieur.

La paralysie peut être complète d'emblée, et les malades se trouvent dans l'impossibilité d'imprimer le moindre mouvement à leurs membres, et par conséquent de s'en servir. Ces cas d'abolition complète de mouvement sont très-rares et se montrent peut-être avec plus de fréquence après les attaques apoplectiformes dans lesquelles les malades, sans perdre généralement connaissance, présentent un facies entièrement différent de celui qu'on observe

à la suite des apoplexies par maladie cérébrale. La stupeur, la respiration stertoreuse ne se rencontrent pas dans la perte de connaissance des hystériques. Ce que souvent on croit chez les derniers être une perte de connaissance, comme dans les affections cérébrales, n'est qu'une syncope survenant au milieu ou après une crise d'hystérie. De plus, rarement la paralysie porte sur les muscles animés par le facial de manière à donner le change complet avec l'hémiplégie et la paralysie faciale d'origine cérébrale.

Si la paralysie se fait lentement et progressivement, les malades se plaignent, dans un premier degré, de pesanteur, de douleur de tête, et d'une sensation de crampe et d'engourdissement qui rend leurs membres lourds, moins mobiles qu'à l'état normal. Dans un délai plus ou moins court, ces sensations variées sont suivies d'un affaiblissement dans la contractilité des muscles; d'une diminution dans la force et la régularité des mouvements; qui fait que les malades s'aperçoivent vite de leur faiblesse et de leur inhabilité pour exécuter des mouvements. C'est alors qu'ils deviennent craintifs, hésitants, n'osant plus faire mouvoir leurs membres qui peut-être ne sont pas encore entièrement paralysés. On cite des exemples de femmes qui, après des accidents de paralysie commençant d'une jambe, avaient cessé tout mouvement; de manière à faire croire à une paralysie complète.

A un degré plus élevé, les malades conservent encore la facilité de mouvoir leurs membres à con-

dition qu'ils restent couchés dans le lit, et qu'ils n'aient pas de poids à soutenir : ainsi, Briquet fait mention des femmes qui tout en étant capables de mouvoir dans leur lit les extrémités inférieures, se trouvaient cependant dans l'impossibilité de se tenir sur les jambes.

Enfin au degré le plus élevé la perte de la contraction est complète, les malades ne peuvent plus exécuter le moindre mouvement avec les membres paralysés. C'est du reste là un fait rare, car presque toujours la puissance musculaire n'est pas tout à fait anéantie. Briquet même, dans sa vaste expérience, n'a vu la perte de la motilité absolue que huit ou dix fois.

La paralysie porte sur l'activité musculaire dont le degré peut être apprécié par le dynamomètre. Si l'on dit au malade de faire entrer en contraction les muscles paralysés, ceux-ci refusent d'obéir ou le font d'une manière imparfaite ; mais qu'on vienne les exciter avec un agent irritable comme l'électricité, et l'on verra leur contraction reparaitre comme si la paralysie n'existait pas. Ce signe presque constant qui a été donné comme pathognomonique par Duchenne (de Boulogne), qui le désigne sous le nom de contractilité électro-musculaire, n'est pas spécial à cette affection, puisque dans la paralysie rhumatismale on le retrouve tout aussi net et parfaitement évident. Quelques cas observés par Bénédikt lui ont fait avancer que la réaction électrique des muscles paralysés n'est pas toujours conservée,

toujours normale, comme on l'a cru jusqu'ici, mais que quelquefois elle est bien affaiblie.

Si l'on inspectionne attentivement les membres paralysés, on ne parvient pas à découvrir, ni de l'amaigrissement, ni de l'œdème. Les muscles conservent leur aspect ordinaire. La fibre musculaire n'éprouve aucune altération appréciable de structure, d'après le dire de M. Lebreton et M. Damascino, qui dans leurs examens histologiques portant sur quelques fibres des jumeaux ont constaté seulement un léger degré d'anémie. Briquet donne comme possible dans les hémiplegies de date ancienne, la production de luxations, faciles à réduire mais difficiles à maintenir. Il en explique leur production par la faiblesse musculaire jointe à un certain degré d'allongement des ligaments et tendons avoisinant les articulations.

L'hémiplegie hystérique se complique rarement de contracture. Lorsque celle-ci existe, les membres affectés deviennent raides et très-douloureux; non-seulement les malades ne peuvent pas mouvoir leurs membres, mais quand on veut changer la position qu'ils ont prise, on provoque une douleur très-vive sans pouvoir vaincre la résistance que les muscles opposent aux mouvements. Cette complication, qui se produit sous l'influence des grandes émotions, se manifeste quelquefois du côté opposé à l'hémiplegie.

L'hémiplegie n'est pas toujours nettement délimitée, et l'on comprend en effet, vu la multiplicité des manifestations hystériques, qu'il puisse y avoir

plusieurs paralysies à la fois, ou bien que l'hémiplégie alterne avec d'autres paralysies. Ainsi, il arrive souvent qu'au moment où l'hémiplégie tend à guérir il se fait une paraplégie. D'autres fois la paralysie ne porte que sur un membre après une première attaque, puis à une suivante ou après un intervalle assez long, l'autre membre du même côté se prend à son tour.

On rencontre aussi dans les cas d'hémiplégie des exemples de paralysie de la langue et des fibres musculaires de la vie organique, surtout du rectum et de la vessie. Pour ce qui fait de l'inertie des plans musculaires organiques, il reste toujours à se demander s'il y a réellement un affaiblissement de la force musculaire elle-même, ou si elle provient d'une altération de la sensibilité. On sait, en effet, qu'une sensation non perçue est la cause nécessaire des mouvements de la vie organique.

PARALYSIE DU SENTIMENT. TROUBLES DES ORGANES DES SENS.

Nous venons de voir les troubles de la myotilité; mais, comme dans l'hémiplégie hystérique il y a aussi paralysie du sentiment, il faudra que nous nous arrêtions pour apprécier ce symptôme, un des plus caractéristiques de l'hystérie, qui manque rarement, et qui a tellement dominé la scène que les phénomènes concomitants de paralysie avaient échappé à l'attention des auteurs. Seulement comme le sens du tact est très-complexe, pour bien com-

prendre toutes les variétés de paralysie du sentiment, il est bon d'étudier un peu le sens du toucher que l'on peut définir avec Longet « le sens qui nous avertit du contact des corps étrangers. »

Cet auteur n'admet que trois sensations distinctes :

1° Sensation de contact, dont les sensations de pression, de chatouillement, de vibrations sont des dérivés; 2° sensation de douleur; 3° sensation de température.

Pour Landouzi ces sensations tactiles sont aussi distinctes et différentes entre elles autant que celles de lumière, de son, d'odeur et de saveur. De plus, la contractilité musculaire est très-utile pour le tact, puisqu'elle permet par le fait de la contraction de bien saisir les objets, et de pouvoir mieux apprécier leurs diverses qualités physiques.

Ces diverses sensations tactiles peuvent être paralysées, soit isolément, soit simultanément; d'où de l'anesthésie, de l'analgésie et de la thermo-anesthésie.

Dans l'hémiplégie hystérique; la paralysie peut frapper l'une ou l'autre des diverses sensations que nous donne le toucher, ou même les anéantir toutes à la fois. Mais quelle est celle qui le sera le plus fréquemment? Beau suppose que l'anesthésie de la douleur précède toujours la perte des sensations de contact. Landry atteste avoir vu le contraire et Briquet considère comme un fait hors de toute contestation que, dès qu'une des facultés de sentir est altérée, celle du contact l'est toujours en même

temps, à un degré quelconque. Quelle que soit la vérité sur ce point, le fait est que l'anesthésie peut être complète ou incomplète.

Quand l'anesthésie est complète, elle porte, soit sur les deux membres paralysés, soit sur toute la moitié correspondante, en s'arrêtant juste sur la ligne médiane, tant en avant qu'en arrière. Cette limitation est en général tellement précise, que de deux piqûres d'épingle faites à quelques millimètres de distance l'une de l'autre et sur une même ligne horizontale; celle du côté anesthésié n'est nullement sentie, tandis que celle du côté opposé l'est très-nettement. C'est une véritable hémiplegie anesthésique, qui siège de même que l'akinésie musculaire, le plus souvent à gauche: et cela d'après Weber, parce que la peau est douée d'un tact plus fin à gauche qu'à droite. C'est ainsi qu'une malade plongée dans un bain, et pressentant cette variété d'hémianesthésie, ne percevait que d'un côté le contact de l'eau.

Dans l'hémianesthésie complète, les malades n'étant plus capables de pouvoir reconnaître par le tact, ni le poli, ni la dureté, ni l'étendue des objets extérieurs, ne peuvent plus juger de ce qui les touche ou qui devrait les impressionner; ainsi elles restent indifféremment couvertes ou découvertes, et ne distinguent pas le lit sur lequel elles sont couchées.

Lorsque l'anesthésie est incomplète, elle entraîne si peu de désordres que les malades n'en ont souvent pas conscience et qu'elle passe en conséquence

inaperçue. En effet, c'est à peine si les malades s'aperçoivent de diminution du tact, qui est un tant soit peu obtus.

Du simple fait que, dans l'hémiplégie hystérique, la paralysie du mouvement est limitée à un côté du corps, ne s'ensuit pas que l'anesthésie doive rester également limitée au même côté. Quelquefois l'insensibilité devient générale et plus ou moins complète, alors les malades ne perçoivent plus les diverses sensations que comprend le toucher; d'autres fois, au contraire, elle n'occupe qu'une partie fort restreinte et bornée à quelques centimètres carrés, alors l'insensibilité décroît graduellement à mesure qu'on s'éloigne du centre anesthésique; ou bien elle disparaît brusquement et sans transition aucune.

L'insensibilité à la douleur (analgésie) est très-fréquente. Les pincements, les piqûres, les incisions ne sont pas ressenties. Les diverses inflammations de la peau, telles que les érythèmes, érysipèles, quoique déterminant une réaction vive, ne donnent lieu à aucune manifestation douloureuse. Ce fait d'insensibilité à la douleur, en des points plus ou moins étendus, a, dans le moyen âge, fait torturer bien des prétendues sorcières que l'on croyait être possédées du démon, parce qu'elles présentaient des points insensibles que l'on appelait « *stigma diaboli*, » et que l'on croyait être des signes infailibles de possession.

Dans la thermo-anesthésie, les diverses tempéra-

tures sont mal appréciées, il en est de même de l'humidité et de la sécheresse.

L'anesthésie précède le plus souvent la paralysie du mouvement, et le fait dont se plaignent les malades de n'avoir pas senti (avant la paralysie) les rugosités du terrain, de croire qu'elles marchaient sur du coton ou du caoutchouc, sont autant de preuves de la priorité de l'anesthésie.

Dans certains cas d'hémiplégie hystérique, on rencontre des points d'hyperesthésie qui alternent ou remplacent l'anesthésie, ces points hyperesthésiques sont très-variables quant à leur étendue, leur siège, et quant à leur manière d'être. D'autres fois une hyperesthésie profonde coïncide avec l'anesthésie cutanée; on dirait alors que la sensibilité ait abandonné les parties superficielles pour se concentrer dans les parties profondes. Pour provoquer la douleur, il suffit tantôt de comprimer avec assez de force, tantôt d'effleurer à peine l'épiderme.

Enfin l'insensibilité peut également porter sur les muscles, même les plus profonds. L'anesthésie musculaire peut varier depuis l'insensibilité la plus absolue jusqu'au plus léger émoussement des sensations. Entre ces deux états extrêmes, on conçoit combien il existe de degrés et quelles difficultés on doit éprouver à reconnaître les formes légères. Si, dans certains cas, l'insensibilité est évidente, dans les cas bénins elle devient très-obscur. De plus les sensations douloureuses sont excessivement variables avec le sujet, et chez les femmes spécialement. A l'état normal, les unes supportent assez facilement

le passage d'un courant électrique, qui arrache à d'autres des cris de douleur. Pour bien établir cette insensibilité musculaire, on promène alternativement sur le membre et le tronc du sujet les excitateurs d'un appareil d'induction fortement chargé, pour qu'il provoque des contractions musculaires énergiques. Après quelques recherches, il est rare que le malade n'accuse pas des différences dans la sensation perçue : la douleur est moins vive au pied gauche qu'au pied droit par exemple, plus forte à la main qu'à la jambe, etc. On cherche ensuite à l'aide de l'acupuncture, l'état de la sensibilité cutanée, afin de voir si l'insensibilité observée n'était pas due plutôt à une anesthésie cutanée qu'à une insensibilité musculaire. Si la sensibilité tégumentaire est intacte, la question est résolue ; on a bien affaire à une anesthésie musculaire. Si au contraire la peau est insensible, l'expérience devient plus difficile et on a quelquefois beaucoup de peine à discerner ce qui appartient à l'anesthésie musculaire de ce qui est le fait de l'insensibilité cutanée. Toutefois, en variant l'intensité du courant électrique de manière à le faire passer alternativement ; dans la peau seule, et dans les muscles ensuite, on arrive le plus souvent à faire la part des deux symptômes. C'est en procédant de la sorte, et par l'observation comparée des muscles sains et des muscles paralysés qu'on arrive à la confirmation de la loi de M. Duchenne (de Boulogne) :

*« La contractilité électro-musculaire est normale dans
« la paralysie hystérique ; la sensibilité électro-muscu-*

« laire est au contraire diminuée ou abolie dans cette même affection. »

Comme autres troubles de la sensibilité, il nous reste à parler de l'anesthésie des muqueuses, qui paraît toujours être consécutive à celle de la peau, dont elle ne semble être que l'extension.

C'est presque exclusivement dans les cas d'hémiplégie et dans une proportion des deux tiers qu'on rencontre l'anesthésie des membranes muqueuses conjonctivale nasale et buccale.

L'anesthésie des muqueuses entraîne toujours avec elle un certain trouble dans les fonctions; ainsi les odeurs les plus pénétrantes ne sont pas senties, le chatouillement, ou excitations diverses, telles que l'aspiration de poudres irritantes, ne déterminent pas l'éternuement.

A la membrane muqueuse buccale, les inconvénients sont plus graves; les malades ne percevant pas le contact des aliments du côté paralysé, ne sont pas avertis de leur séjour dans cette cavité; par là, la déglutition est un peu troublée; la mastication se fait mal et est suivie de l'accumulation de parcelles alimentaires entre les joues et les arcades dentaires. Outre cette insensibilité buccale qui vient d'être décrite, il peut y avoir anesthésie gustative, qui est presque toujours exactement limitée par la ligne médiane; on la reconnaît à l'absence de perception des qualités sapides des corps.

L'anesthésie des conjonctives, et principalement de la conjonctive gauche, se rencontre si fréquemment, qu'il est rare de trouver une hystérique qui

sente bien nettement le contact d'une tête d'épingle promenée sur la conjonctive scléroticale.

Enfin la perte plus ou moins complète de la faculté de percevoir les sons et les divers troubles de la vue, tels que l'amblyopie, l'hémiopie, etc., complètent le tableau symptomatique des troubles des nerfs sensoriaux qui peuvent se rencontrer avec l'hémiplégie hystérique.

Il peut encore se manifester des troubles de la sensibilité du côté des autres organes et de plusieurs autres appareils : tels que perte de la sensibilité des muqueuses vaginale et vésicale.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISONS.

L'hémiplégie est aussi variable, aussi capricieuse dans sa marche, qu'elle est irrégulière dans son mode de début. Elle disparaît souvent en effet d'elle-même ; d'autres fois, née après une violente crise convulsive, elle disparaît après une nouvelle attaque. D'autres fois après avoir atteint plus ou moins promptement son maximum et après avoir persisté pendant un temps qui varie depuis quelques semaines jusqu'à un ou deux ans, elle va en décroissant graduellement, ou disparaît tout à coup, sans laisser la moindre trace de son existence. D'après M. Lasègue, si la paralysie dure plus de quatre ans, il est bien probable qu'il y a eu une erreur de diagnostic ou que quelque complication surgissant aura dénaturé la maladie primitive.

Quelquefois la guérison n'est que temporaire, l'hé-

miplégie ne tardant pas à reparaître plus ou moins modifiée; car, de tous les symptômes de l'hystérie, c'est la paralysie qui disparaît la dernière. L'observation 50 de Briquet est une preuve de récidence. Il s'agit d'une jeune fille très-manifestement hystérique et ayant été traitée plusieurs fois pour des attaques convulsives avec anesthésie de diverses parties du corps et faiblesse musculaire des membres, qui fut prise d'hémiplégie, guérit plusieurs fois, et récidiva de même.

D'autres fois, l'hémiplégie semble guérie ou même commence à aller mieux, lorsque tout à coup il survient d'autres phénomènes de paralysie ou d'autres manifestations hystériques, tels que délire, douleur à la région précordiale, dyspnée, gastralgie, entéralgie, etc., qui remplacent l'hémiplégie. Chez quelques sujets, l'hémiplégie passe d'un côté du corps à l'autre. Briquet rapporte l'observation d'une femme prise d'hémiplégie du côté gauche. Cette hémiplégie cessa et fut remplacée par une hémiplégie du côté droit.

La disparition brusque a ordinairement lieu après l'une des circonstances suivantes :

1° Les émotions morales agréables; la terreur et le sentiment religieux très-développé, sont des puissants moyens de guérison des maladies nerveuses en général et de l'hémiplégie hystérique en particulier. Il suffit de lire l'ouvrage de Carré de Montgeron : *La vérité des miracles de Saint-Médard*, pour y voir un grand nombre d'hémiplégies hysté-

riques guéries subitement par l'approche ou la simple vue du cimetière de Saint-Médard.

Briquet dit qu'il connaît plusieurs exemples de ces guérisons subites de paralysies hystériques survenues, soit au dernier jour d'une neuvaine, soit après l'approche d'une relique.

2° Le rétablissement de la menstruation supprimée ou se faisant mal jusqu'alors a aussi de l'influence sur la disparition de l'hémiplégie hystérique.

3° Le remplacement de l'hémiplégie par l'apparition de quelques phénomènes hystériques un peu saillants.

La myosthénie et l'anesthésie peuvent disparaître en même temps, ou bien c'est la sensibilité qui reparait et puis ensuite le mouvement; cependant il n'y a rien de précis et de fixe à ce sujet.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Le diagnostic de l'hémiplégie hystérique est ordinairement facile surtout si l'on prend en considération l'ensemble de phénomènes concomitants caractéristiques de cette névrose que peut présenter le malade.

Avant de procéder au moindre examen local, il faut s'enquérir des antécédents qui peuvent à eux seuls nous mettre sur la voie. Quel a été le caractère de la malade dès son enfance? A-t-elle éprouvé dernièrement des changements dans sa manière d'être? Est-elle devenue impressionnable ou irritable? A-t-elle eu auparavant des attaques de nerfs,

des akinésies ou des anesthésies dans d'autres parties du corps, ou a-t-elle présenté d'autres phénomènes hystériques? Une fois qu'on aura elucidé ces questions, on s'informerá de la manière dont a paru l'hémiplégie et quels ont été les phénomènes précurseurs.

Comme cette forme de paralysie est susceptible de se montrer dans quelques autres affections, il ne sera pas hors de propos d'établir les généralités suivantes qui aideront puissamment au diagnostic différentiel.

1° Dans le plus grand nombre d'hémiplégies hystériques, les mouvements existent encore dans les membres paralysés, et ce n'est que dans un nombre restreint de cas que la contraction musculaire se trouve entièrement abolie.

2° L'hémiplégie hystérique, contrairement aux hémiplégies d'autre nature, est instable, sujette à des oscillations, et s'accompagne presque toujours d'anesthésie cutanée correspondante aux muscles paralysés.

3° Dans la grande majorité des cas d'hémiplégie hystérique, les muscles paralysés se contractent sous l'influence d'un courant électrique dont le passage n'est pas senti par le malade.

Le cas échéant que les données précédentes ne soient pas suffisantes pour établir le diagnostic et qu'il reste quelques doutes, on trouvera dans le caractère de chaque espèce de paralysie des moyens de distinction.

Nous prendrons premièrement l'hémiplégie sym-

ptomatique d'une hémorrhagie cérébrale, et nous tâcherons d'indiquer les points le plus saillants qui la différencient de l'hémiplégie hystérique. D'abord, il n'y a que l'hémiplégie hystérique développée subitement et accompagnée de perte de connaissance qui puisse être confondue avec celle dépendante d'une hémorrhagie cérébrale. Mais la perte de connaissance de l'attaque hystérique, quand elle existe, n'est pas de longue durée; elle offre l'aspect d'un sommeil paisible, et l'expression de la face éloigne toute idée de souffrance : les malades recouvrent rapidement leur intelligence, causent et ont parfaitement conscience de leur état sans avoir présenté pendant l'attaque ni la respiration stertoreuse, ni le phénomène de stupeur et d'étonnement qui manquent rarement, même dans l'hémorrhagie cérébrale la plus légère. La paralysie faciale, qui est la règle dans l'apoplexie cérébrale, est au contraire exceptionnelle dans l'hémiplégie hystérique. Les muscles de la langue sont également respectés; on ne trouve tout au plus qu'une anesthésie linguale coïncidente. La perte des mouvements est bien rarement complète; les malades peuvent encore contracter légèrement, soit le membre supérieur, soit plus rarement le membre inférieur. Dans l'hémiplégie cérébrale, au contraire, la perte de mouvement est tout d'abord absolue, les membres paralysés retombent lourdement lorsqu'on les soulève, et ce n'est que plus tard qu'on voit apparaître quelques légers changements.

Enfin, si l'hémiplégie hystérique dure depuis

quelque temps, on ne trouve ni l'amaigrissement, ni l'œdème qui s'observent plus ou moins rapidement dans les hémiplegies cérébrales de date ancienne.

Pour établir le diagnostic différentiel entre l'hémiplegie hystérique et celle qui serait sous la dépendance d'un ramollissement ou d'un néoplasme cérébral, il faut surtout prendre en considération les antécédents et la marche de l'affection. Céphalalgie intense limitée surtout à un point, vertiges épileptiformes, vomissements fréquents, paralysie faciale ou des organes des sens, sont autant de signes que l'on observe lorsque existe une tumeur cérébrale.

Le ramollissement cérébral survient rarement chez les jeunes sujets et s'accompagne de céphalalgie intense, d'affaiblissement des facultés intellectuelles, de perte de mémoire, de difficulté de s'exprimer; quelquefois de délire, tantôt loquace et agité, tantôt tranquille. Enfin l'hémiplegie, si tant est qu'elle existe bien accentuée, coïncide souvent avec une paralysie compète ou incomplète de la face et avec une hyperesthésie sur laquelle plusieurs auteurs ont insisté.

La paralysie saturnine n'affecte pas la forme hémiplegique; elle a une certaine prédilection pour les muscles extenseurs, qui sont toujours plus affectés que les fléchisseurs; enfin, le courant faradique, quoique profondément senti, ne provoque aucune contraction dans les muscles paralysés. quand même il y aurait encore des mouvements volontaires assez prononcés.

PRONOSTIC.

Le pronostic de l'hémiplégie franche n'est pas grave. Il est rare qu'au bout d'un temps plus ou moins variable la guérison, ou du moins l'amélioration, ne soit pas obtenue. Cependant, il ne faut pas beaucoup hasarder son pronostic puisque nous avons vu que l'hémiplégie peut disparaître sans cause appréciable pour revenir de même. Sur huit malades observés par Briquet et qui avaient vu leur paralysie cesser, soit pour quelques semaines, soit pour plusieurs années, trois virent leurs accidents hémiplégiques reparaitre plusieurs fois et toujours du même côté.

M. Sandras pense que l'hémiplégie consécutive à l'hystérie franche est beaucoup plus difficile à manier et à guérir que celle qui se développe chez des sujets lymphatiques et chloro-anémiques dont la constitution est facile à modifier. Briquet partage la même opinion.

L'existence de lésions utérines chroniques modifie légèrement le pronostic, et, avant d'attaquer la paralysie, il faut tâcher de faire disparaître la lésion des organes génitaux, qui, par l'irritation dont ils sont atteints, maintiennent et exaspèrent l'excitabilité du système nerveux. Enfin les complications, s'il en existe, devront modifier le pronostic. L'abolition complète des organes des sens et les phénomènes du côté de la vessie ou du rectum sont des signes fâcheux parce qu'ils ne sont pas des phéno-

mènes habituels de la paralysie hystérique. Mais de ce que l'hémiplégie persiste, il ne faut pas désespérer, car l'hystérie étant essentiellement protéiforme, on peut voir survenir la guérison quand l'on y songeait le moins.

TRAITEMENT.

Les traitements les plus variés et même les plus bizarres ont été successivement préconisés contre la paralysie hystérique. Il serait superflu d'énumérer les différents procédés thérapeutiques qu'on trouve consignés dans les auteurs, depuis la flagellation et les coups de barre qui guérissaient les paralytiques du cimetière de Saint-Médard, jusqu'au magnétisme animal proposé par Macario.

Quelques auteurs, plus préoccupés de l'état général du sujet, dirigent leurs efforts contre l'hystérie elle-même, poursuivant le symptôme paralysie dans la cause première; d'autres, tout en ne négligeant pas l'hystérie, s'attaquent de préférence à la paralysie. Nous croyons que cette dernière manière d'agir est de beaucoup plus rationnelle que la première, surtout si l'on seconde la thérapeutique de quelques moyens moraux; aussi nous traiterons d'abord du traitement moral; puis du traitement curatif, qui sera divisé à son tour en général et local.

Traitement moral. La plupart des auteurs ont noté l'influence de moyens moraux, et il règne encore dans la science une grande confusion à cet

égard, les uns attendant trop de ce procédé, et les autres pas assez. Les développements dans lesquels nous sommes entré relativement à la nature de l'affection nous permettent de dire que c'est dans l'hémiplégie reconnaissant pour cause une perversion de la volonté, et dans laquelle, si les malades ne marchent pas, c'est parce qu'elles s'exagèrent à elles-mêmes leur maladie, ou parce qu'elles simulent par intérêt ou par caprice; c'est dans ces cas, disons-nous, que les moyens moraux acquièrent une importance capitale.

Il est impossible de tracer d'avance aucune règle de conduite à cet égard; c'est à la sagacité du praticien en toutes les circonstances, à choisir les moyens les plus appropriés.

Aux mélancoliques et abattues, il promettra la guérison, feindra une médication active et fera tous ses efforts pour relever leur moral affaibli. Qu'il se garde surtout de traiter d'imaginaires les maux qu'on lui confie; en négligeant les plaintes de ces malades, il ne ferait qu'augmenter le désespoir de ces malheureuses qui se croiraient abandonnées du médecin.

A celles qui simulent leur maladie, il fera comprendre qu'il n'est pas dupe de leur supercherie, en s'abstenant en même temps de tout traitement, dont l'insuccès ne ferait qu'accroître l'obstination des malades.

Enfin le médecin ne doit jamais perdre de vue qu'une des principales conditions de succès réside

dans l'étude exacte du moral du sujet ; car c'est là que gît la cause intime de l'affection.

Ce traitement moral ne peut pas s'appliquer à tous les cas, et il serait inutile lorsque la paralysie est due à un véritable affaiblissement musculaire. Il est donc des cas de paralysie vraie qui réclament des moyens thérapeutiques physiques. Ces moyens, ainsi que je l'ai dit plus haut, peuvent être généraux et locaux, selon que l'on s'attaque de préférence à la maladie principale ou à son symptôme.

Traitement général. Les moyens thérapeutiques généraux doivent être dirigés contre les indications causales, en particulier, qui ont pu provoquer des crises d'hystérie, ou simplement donner lieu à l'état nerveux, et contre la maladie première.

L'indication causale exige, dans les cas où l'état morbide du système nerveux doit être attribué positivement à des maladies des organes génitaux, qu'on soumette à un traitement approprié les infarctus, les ulcères, les flexions et autres maladies de l'utérus ou des ovaires.

Si les malades sont chloro-anémiques, l'indication causale exige que l'on cherche à améliorer la composition du sang par des préparations ferromanganiques et un traitement approprié.

L'indication de la maladie exige que l'on cherche à réparer les anomalies de nutrition du système nerveux, d'où dépend la paralysie hystérique ; malheureusement il n'y a pas de moyen qui remplisse directement cette indication, et c'est là la

cause de l'impuissance de la thérapeutique. A défaut de moyens directs et rationnels, l'indication est remplie par des médications dont l'expérience a sanctionné l'usage.

Au premier rang de ces médications se place l'hydrothérapie, qui peut être appliquée sous forme de bains tièdes prolongés, chez les malades qui ont des attaques convulsives violentes et fréquentes, ou sous forme d'affusions froides, chez les malades calmes et torpides.

Au traitement hydrothérapique se rattache l'usage si bienfaisant des bains de mer.

Quelle que soit la méthode qu'on adopte, elle doit être continuée pendant longtemps, car les effets de ce traitement dépendent de la modification lente qu'ils impriment à la nutrition.

Parmi les agents pharmaceutiques, les plus efficaces sont le bromure de potassium à doses croissantes et l'arsenic sous forme d'arséniate de fer, ou d'une eau arsenicale, chlorurée sodique, comme celle de la Bourboule ou de Mont-Dore.

A côté des médications précédentes, mais avec une efficacité moindre, prennent place les agents antispasmodiques dont la valériane est le plus utile, surtout lorsque les désordres nerveux expriment l'asthénie et le défaut d'incitation cérébrale.

Une alimentation tonique, le séjour à la campagne, la vie au grand air, l'exercice physique, autant que les forces le permettent, et l'interdiction de lectures qui exaltent l'imagination, complètent ce que

nous avons à dire sur le traitement des indications fournies par la maladie en général.

Nous arrivons maintenant à la classe de médicaments qui ont été vantés contre la paralysie elle-même.

L'opium à haute dose (4 gr. 25, dext. aq. par jour) a été employé par Gendrin; malheureusement l'expérience n'a pas confirmé ses espérances; et c'est à bon droit que Sandras s'élève contre une médication qu'il qualifie de dangereuse et d'inefficace.

Le sulfate de quinine, proposé par Macario, n'a pas eu plus de succès. On conçoit d'ailleurs difficilement quelle action peut avoir le sulfate de quinine contre la paralysie hystérique.

La strychnine a été administrée sous diverses formes et vantée par de nombreux observateurs, qui ont obtenu quelques succès de son emploi. Nous croyons qu'il faut être sobre de ce médicament, dangereux dans son emploi, et qui peut être avantageusement remplacé par l'agent externe que nous allons énumérer.

L'agent le plus puissant que nous ayons à notre disposition est la faradisation. Tous les auteurs s'accordent à vanter son efficacité. Paul Leroy d'Etiolles l'a employée seule neuf fois, et deux fois associée à la strychnine; il n'a eu qu'un insuccès. Les relevés de M. Duchenne et de Briquet sont encore plus favorables. Comment doit-on pratiquer la faradisation électrique lorsqu'on l'applique au traitement de l'hémiplégie hystérique ?

Il faut consacrer la première séance à habituer les malades aux sensations électriques, en commençant par des doses très-faibles; car l'excitation électrique est quelquefois tellement étrange et anormale, qu'elle peut provoquer une attaque convulsive chez les personnes qui n'y sont pas habituées.

En général, c'est la faradisation musculaire, à intermittences rapides, qui convient le mieux au traitement de l'hémiplégie; mais, comme il y a grand nombre de malades qui ne peuvent supporter les intermittences rapides, quelque faible que soit le courant, nous croyons, avec M. Duchenne (de Boulogne), qu'il est préférable de commencer avec des courants peu forts, dont les intermittences soient assez éloignées les unes des autres, et d'augmenter graduellement, à mesure que le malade s'habitue, et la force du courant et le nombre des intermittences.

L'excitation électrique doit porter sur chacun des muscles paralysés, sans négliger de stimuler en même temps les troncs nerveux et les points de la peau qui correspondent aux surfaces musculaires, parce que, dans bien des cas, il a suffi d'une simple faradisation cutanée pour arrêter la guérison de paralysies de la sensibilité et de la motilité.

Un précepte qu'il ne faut pas oublier, c'est que la peau ou les rhéophores doivent être largement humides; sans cette précaution, la faradisation ne serait pas portée jusqu'aux muscles et n'agirait que sur la peau.

Une fois la guérison obtenue, la prudence exige

qu'on faradise de temps en temps les muscles précédemment paralysés. Car, ainsi que l'a remarqué Gendrin, les nouveaux accès tendent à ramener une rechute.

OBSERVATION I.

Hémiplégie hystérique droite. (Hôpital de la Pitié, service de M. Gallard.)

Marie Durandeu, âgée de 45 ans, lingère, nous donne les renseignements suivants sur ses antécédents. La menstruation s'est établie chez elle à 14 ans, elle se faisait régulièrement et abondamment, cependant sa santé laissait à désirer, elle était très-sujette à des migraines et à des douleurs névralgiques qui rendaient son caractère sombre et surtout très-variable, riant et pleurant tour à tour sur les prétextes les plus futiles.

Mariée à vingt ans, elle devint enceinte et accoucha avant terme d'un enfant qui ne vécut pas.

A partir de son mariage, son état s'aggrave et les phénomènes nerveux s'accroissent; elle éprouve dès cette époque, bien que vivant avec son mari dans la plus parfaite intelligence, de véritables crises, caractérisées par un sentiment de constriction à l'épigastre accompagnée de la sensation d'une boule qui remonte de ce point vers la gorge et l'étouffe; ces phénomènes la forçaient à suspendre sa marche et à prendre un point d'appui solide sur les objets qui l'entouraient; autrement elle tombait, mais jamais elle n'a perdu connaissance. Cette crise durait une minute, et disparaissait sans laisser de traces, pour reparaitre quatre, cinq et six fois dans la même journée. Cet état s'aggrave à mesure que la malade avance en âge, et les crises se rapprochent malgré un traitement tonique et anti-spasmodique institué par un médecin. Pendant toute cette période, la malade observe des douleurs erra-

tiques, des palpations, des bourdonnements d'oreille, en un mot tous les signes de la chloro-anémie, exaspérés à chaque époque menstruelle.

Les choses en étaient là, la malade était dans ses règles, et soignait son mari atteint de petite vérole qui se termina par la mort. A la suite de l'émotion que lui causa ce malheur, ses règles se supprimèrent brusquement, elle resta peudant quelques jours dans un état de torpeur intellectuelle et d'inaction des plus profonds. Quand elle voulut en sortir, elle s'aperçut d'une faiblesse considérable du côté droit sans qu'il lui fût possible de préciser exactement l'époque du début, son bras lui semblait pesant. Sa main ne pouvait manier son aiguille ni faire marcher la plume pour écrire. Quand elle voulait marcher, sa démarche était pénible, mal assurée, et quand son pied droit touchait le sol, il lui semblait qu'elle marchait sur du caoutchouc.

Dans tout le côté gauche, rien, si ce n'est un peu de lourdeur du pied.

La malade lutte pendant quelque temps contre le mal ; elle travaille autant qu'elle peut, épuise ses dernières ressources et se voit enfin contrainte d'entrer à l'hôpital dans le service de M. Lorain, en avril 1872, et là elle est traitée par les bains sulfureux, le bromure de potassium, le vin de quinquina et la faradisation. Le service fut évacué dans le mois d'août, et la malade qui commençait à éprouver les bons résultats du traitement, peut aller à la campagne. Le mal y reprend le dessus et l'oblige à revenir. Elle est admise au même hôpital dans le service de M. Gallard, le 26 octobre 1872.

Voici son état :

La malade est légèrement amaigrie.

Pas de fièvre, bon appétit, digestions faciles, alternance de constipation et de diarrhée.

Rien du côté des appareils circulatoire et respiratoire. La malade qui a fait plusieurs chutes, n'ose plus

se hasarder à marcher, mais en la faisant lutter contre l'obstacle qu'on lui oppose, on s'aperçoit aisément que la force musculaire est presque totalement perdue à droite dans le membre inférieur, comme dans le supérieur. L'analgésie est presque complète à droite, mais la sensibilité thermique est conservée tout entière, et le froid affecte péniblement la malade.

La sensibilité musculaire, abolie à droite, est légèrement obtuse à gauche.

L'œil droit ne peut plus distinguer les caractères d'imprimerie et les petits objets, cette faiblesse de la vue a débuté avec les autres accidents.

La tonicité du sphincter de la vessie paraît diminuée. Dans les efforts de toux, la malade perd ses urines.

Traitement. — Vin de quinquina, bromure de potassium, hydrothérapie, faradisation. Sous l'influence du courant, les muscles se contractent et la malade trouve une certaine amélioration de son état.

OBSERVATION II.

Hémiplégie gauche chez une jeune fille hystérique. Paraplégie et anesthésie complète survenues dans le courant de la maladie.

(Hôpital de la Pitié, service de M. Lasègue.)

La nommée R..., couturière, âgée de 18 ans, a été réglée pour la première fois à 14 ans. La menstruation s'est effectuée régulièrement pendant sept à huit mois, et puis elle a cessé complètement : la malade ne voyait à chaque époque, que pendant deux jours et en petite quantité.

Dans son enfance, et jusqu'à l'âge de 13 ans, la malade avait éprouvé des mouvements désordonnés dans tous les membres, phénomènes se rattachant à la chorée, qui fut traitée avec succès par l'hydrothérapie.

A 13 ans, après la disparition de la danse de Saint-Guy, elle fut prise d'attaques convulsives revenant

assez fréquemment, au moins deux fois par mois. Ces attaques étaient toujours précédées de sensations pénibles, de poids à l'épigastre ou de boule qui semblait remonter jusqu'à la gorge. Cette jeune fille s'aperçut que son caractère devenait changeant, tantôt elle riait, tantôt elle pleurait.

Jamais, pendant les attaques, la malade ne perdit connaissance, quoique les convulsions fussent si fortes qu'il fallait souvent plusieurs personnes pour la contenir.

Tous ces phénomènes durèrent jusqu'à 14 ans, époque où apparaît la menstruation. Sous l'influence d'un traitement dirigé par M. Fournier, contre l'anémie dont elle portait tous les signes, ses attaques furent suspendues pendant huit mois, et pendant tout ce temps la malade fut bien réglée; puis, à la suite d'un empoisonnement par l'opium, elle fut prise d'attaques convulsives plus accentuées que celles qu'elle avait éprouvées jusqu'alors. Depuis cette époque, les règles n'ont plus reparu. La malade s'aperçut en même temps d'un certain degré d'insensibilité du côté gauche existant aussi à droite, mais à un degré beaucoup moindre. Il survint aussi un peu d'incontinence d'urine; les mouvements étaient intacts.

En mai 1871, après une violente frayeur, la malade fut prise d'une hémiplegie gauche qui débuta par la jambe et ne tarda pas à envahir le bras du même côté. Elle avait à cette époque des attaques réitérées, mais sans perte de connaissance. Elle entra alors à Lourcine, où elle est restée huit mois, et a été soignée par les toniques, l'hydrothérapie et l'électricité. Sous l'influence de ce traitement il survint une grande amélioration. Le bras avait repris presque tous les mouvements, lorsqu'un jour, voulant marcher malgré la défense du médecin, en descendant les escaliers qu'elle ne sentait pas très-bien, elle fit une chute à la suite de laquelle la jambe droite fut prise à son tour; mais à un moindre degré.

S'ennuyant à l'hôpital, la malade est sortie dans un des premiers mois de 1872, le bras complètement guéri, les deux jambes paralysées, insensibilité complète et générale.

A partir de cette époque, elle n'a plus eu de crises hystériques; mais, ne voyant pas survenir d'amélioration dans son état, elle se décide à rentrer à l'hôpital, et est admise dans le service du professeur Lasègue en juin 1872.

Voici son état :

Pas d'amaigrissement, peau et muqueuses décolorées.

Mouvements complètement abolis dans les membres inférieurs, pas de contracture. Analgésie et anesthésie thermique très-prononcées. Abolition des phénomènes réflexes.

Vomissements fréquents précédés de gastralgie. »

Palpitations, souffle anémique, bourdonnements d'oreille, céphalalgie et de loin en loin étourdissements.

Anesthésie vaginale : abolition du sens du goût, langue insensible, quelques troubles légers et passagers de la vision.

Intelligence assez bien conservée.

En décembre la paralysie reparait au bras gauche sans le moindre phénomène de contracture.

Traitement. — Hydrate de chloral, douches froides et électricité.

OBSERVATION III.

Hémiplégie hystérique gauche.

Françoise B..., fille âgée de 19 ans, tisseuse, demeurant à Lyon, admise à l'hôpital le 30 juillet 1867. Tempérament lymphatique.

A l'âge de 10 ans cette fille eut une chorée, qui dura deux mois et qui céda à l'emploi des grands bains. Elle jouit ensuite d'une assez bonne santé jusqu'à l'âge de 18 ans. A cette époque, et à la suite de

violents chagrins, elle commença à éprouver des symptômes d'hystérie : bourdonnements d'oreille, vertiges, convulsions, etc. Enfin il y a deux mois : crises violentes et hémiplegie. Depuis lors, la menstruation est supprimée.

A son entrée à l'hôpital, on constate chez Françoise une anesthésie complète des téguments de la moitié gauche du corps, face, tronc et membres.

Le bras et la jambe gauche sont le siège d'un affaiblissement très-marqué; les muscles de la face au contraire sont indemnes; la langue n'est pas déviée, la parole et la mastication sont naturelles.

La contractilité musculaire est intacte, mais la sensibilité électro-musculaire est diminuée dans le bras et la jambe gauches; elle est conservée à la face où malgré l'anesthésie des téguments, la faradisation développe une vive douleur.

Traitement — Grands bains, électrisation, antispasmodiques.

OBSERVATION IV.

Hémiplegie survenant subitement du côté gauche.

Extraite de la thèse du Dr Lebreton.

M... 30 ans, blanchisseuse, bonne constitution. Pas de maladie grave; elle aurait eu, étant jeune, des attaques d'hystérie, mais qui n'ont plus paru depuis dix ans, dit elle. Elle est cependant d'un caractère très-impressionnable, pleure facilement et a souvent une sensation de strangulation. Pas de syphilis, pas de douleurs rhumatismales, ni chez elle ni chez ses ascendants.

Elle entre à l'Hôtel-Dieu le 22 mars 1868. Deux mois auparavant, cette femme est prise brusquement le soir après son repas et en dehors du temps de ses règles de maux de cœur, nausées, vomissements. Elle se couche dans l'espérance que ce malaise se dissipera, et lorsqu'au bout de quelques heures elle veut se lever, elle recon-

naît que tout le côté gauche de son corps est paralysé. Elle est transportée à la Charité; elle y reste trois semaines et sort au bout de ce temps, ne pouvant se servir ni de son bras ni de sa jambe.

Elle entre à l'Hôtel-Dieu, l'hémiplégie est incomplète. Pas de paralysie faciale, pas de céphalalgie ni de douleurs en ceinture; les organes des sens ne présentent pas d'anesthésie. La marche est possible, quoique très-difficile, le bras gauche est à demi fléchi, légèrement contracturé, ainsi que les doigts de la main.

Les mouvements y sont impossibles, la sensibilité est conservée du côté paralysé. Pas de paralysie de la vessie ni de rectum. Pas de douleurs rachidiennes; l'état général reste excellent.

Traitement tonique et bains sulfureux. De temps en temps surviennent dans les membres paralysés des douleurs lancinantes, comme cela arrive assez souvent dans les membres qui doivent bientôt reprendre leurs fonctions. En effet, la marche devient au bout de peu de temps facile. La malade ne traîne plus la jambe, ou bien cela arrive lorsqu'elle est fortement émue. Les mouvements ne reparaissent que dans le bras gauche: la malade continue du reste son traitement.

OBSERVATION V.

Hémiplégie droite. Anesthésie du côté droit. Aphonie. Guérison de la paralysie de la motilité. Persistance de l'anesthésie.

Extraite de la thèse du Dr Lebreton.

X..., âgée de 25 ans, hôpital Necker, salle Sainte-Eulalie, n. 23.

Attaques d'hystérie très-fréquentes depuis longtemps; menstruation normale. La malade fut atteinte brusquement et sans perte de connaissance d'hémiplégie droite, sans paralysie faciale.

Dans le cours de son séjour à l'hôpital, cette femme a présenté par moments une aphonie complète, durant parfois jusqu'à deux ou trois jours, et dont la moindre

a duré vingt-quatre heures. Cette aphonie survenait après les attaques.

La perte du mouvement est absolue. Anesthésie complète à la jambe, incomplète au bras. Fonctions organiques intactes.

Traitement tonique et hydrothérapie. Le bras a repris le premier du mouvement au bout de deux mois; la motilité ne reparait un peu dans la jambe qu'après six mois, et progressivement.

La sensibilité seule est très-longue à reparaitre, tellement qu'au départ de la malade au bout de huit mois, l'anesthésie est à peine modifiée. L'exploration de la sensibilité lorsque les mouvements eurent reparu et après qu'on eut le soin de bander les yeux fut pratiquée par M. Boulay et donna les résultats suivants. Inconscience des mouvements passifs rapportés à une articulation plus voisine du tronc que celle à laquelle on imprimait des mouvements de flexion ou d'extension. Anesthésie cutanée coïncidant avec la persistance du sens musculaire. Ainsi les corps n'étaient pas reconnus dans leurs formes, mais leurs poids était apprécié assez exactement.

Cette femme sortit de l'hôpital au bout de huit mois. La paralysie avait disparu. Les mouvements étaient faciles, mais l'anesthésie persistait toujours. Depuis la malade a été perdue de vue.

OBSERVATION VI.

Gazette médicale, 1857.

Une femme âgée de 30 ans, journalière, entre à l'hôpital dans le service de M. Vigla, le 17 août; elle avait été prise de paralysie d'un des membres supérieurs avec aphonie complète; du côté de la respiration se sont manifestés des symptômes très-graves en apparence; la respiration s'accélérait. Il y avait une anxiété très-grande, de la fièvre. M. Vigla crut d'abord à une altération organique ayant son siège dans

le voisinage de la huitième paire, dans un de ces points où les moindres altérations sont très-graves. Mais au bout de deux jours, les phénomènes dyspnéiques étaient les mêmes : la paralysie n'augmentait ni en intensité, ni en étendue : la voix était toujours altérée, et M. Vigla pensa alors qu'aphonie et paralysie pourraient bien être hystériques et indépendantes de toute affection organique. On remonta aux antécédents, et voici ce qu'on apprit : la malade, depuis le début de sa maladie, éprouvait la sensation d'une boule qui lui remontait à la gorge : puis on sut que c'était la troisième fois qu'elle éprouvait des accidents de ce genre.

La première fois, en juin 1843, à la suite d'une frayeur, elle fut prise d'impossibilité de parler et de paralysie du bras. En 1849, nouvelle attaque, paralysie de tout le côté gauche ; enfin, en août 1870, douleur de côté, étouffements ; elle entre le lendemain à l'Hôtel-Dieu, et son bras se prend de nouveau.

Traitement. — Valeriana, asa foetida en lavement ; musc, castoréum.

Cette femme dit n'avoir jamais eu d'attaques de nerfs depuis dix ans, elle est sujette à la gastralgie ; habituellement mal réglée ; sa menstruation est devenue normale depuis l'apparition des accidents.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. Des os des membres supérieurs.

Physiologie. — Des mouvements réflexes.

Physique. — Baromètres; effets de la pression atmosphérique sur l'homme; ventouses.

Chimie. — Des acides, de leur constitution; définition des acides mono, bi et polybasiques.

Histoire naturelle. — Qu'est-ce qu'un pachyderme? Comment les divise-t-on? Quels produits fournissent-ils à l'art de guérir?

Pathologie externe. — Des pseudarthroses consécutives aux fractures.

Pathologie interne. — De la fièvre synoque.

Pathologie générale. — De la prédisposition morbide.

Anatomie pathologique. — Des altérations de l'urine.

Médecine opératoire. — De l'opération de la pupille artificielle; comparaison des procédés par déplacement, incision ou enclavement.

Pharmacologie. — De la distillation, des eaux distillées ou hydrolats; comment les obtient-on? Quelles sont les altérations qu'elles peuvent subir et les moyens employés pour les prévenir?

***Thérapeutique.* — De l'absorption des médicaments.**

***Hygiène.* — De l'exercice musculaire.**

***Médecine légale.* — De la valeur des expériences physiologiques pour constater la présence du poison.**

***Accouchements.* — Du palper abdominal. Sa valeur comme moyen de diagnostic de la grossesse, des présentations et des positions.**

**Vu par le président de la thèse,
A. BOUCHARDAT, Président.**

Permis d'imprimer.

**Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
A. MOURIER.**

PALABRAS LIMINARES

En la historia de la medicina ecuatoriana de los últimos tiempos se destaca con perfiles exclusivos uno de los más sagaces e ilustrados clínicos guayaquileños, devoto infatigable de la enseñanza, a la cual dedicó por entero sus energías y singulares dotes de didacta, mereciendo por su sapiente y humanitaria obra proseguida incansablemente en el decurso de cuarenta años, la consagración definitiva de Clínico Maestro y de concienzudo y pulcro orientador de la juventud médica universitaria. El nombre de Julián Coronel expresa un símbolo de perpetua dedicación al estudio y desvelo por la cátedra. Su espíritu creador y altruísta impulsó decidida y eficazmente, muchas veces con su personal peculio, el mejoramiento físico de las tareas docentes, y estableció estímulos y galardones, como saludable acicate a los alumnos anhelosos de una formación profesional adecuada.

La construcción del nuevo edificio de la Universidad, cuando el anterior fué destruído por el incendio de 1902; la erección del Anfiteatro Anatómico, que merecidamente ostenta su nombre; la creación del premio anual de Clínica Interna, cuya organización y discernimiento confió a la Asociación Escuela de Medicina, son obras e iniciativas que, por la profundidad de su contenido y sus perdurables proyecciones futuras, marcan con huellas indelebles el paso de este consagrado educador y médico eminente por los claustros universitarios y las salas de nuestros hospitales.

Sin embargo, por indeclinable modestia, tan preclara figura cuya obra educativa debió quedar recogida en numerosos volúmenes, siempre se excusó de perpetuarla en libros. Fuímos muy pocos aquellos de sus alumnos que, tomando apuntes y anotaciones de sus brillantes lecciones, pudimos conservar el recuerdo vívido de sus elegantes y atildadas frases, plenas de saber, y de sus lógicas argumentaciones sobre problemas de diagnóstico y terapéutica. Pero nuestras notas recogidas con la mayor fidelidad posible, no obtuvieron, sin embargo, la autorización del maestro para ser publicadas. No logramos conocer ni siquiera su tesis doctoral que presentara a la Facultad de Medicina de París, en 1873. Agotados los ejemplares de ese notable escrito sobre Hemi-plejía Histérica, citado por Jaccoud, Dieulafoy y otros en sus

difundidos Tratados de Patología Interna, los desalentados discípulos del Maestro Coronel perdimos esperanzas de conseguir tan preciado trabajo.

Hoy, con motivo de la resolución tomada por la Comisión Organizadora del IV Congreso de Medicina, I de Cirugía y Primeras Jornadas de Pediatría Ecuatorianos, de editar los escritos célebres de algunos de nuestros ilustres antepasados médicos, volvimos a alentar nuestros deseos de obtener la buscada tesis, porque ninguna ocasión nos parecía más propicia que la invocada por la Comisión Organizadora para conocer y difundir la aplaudida monografía; y con tal propósito nos dirigimos al Embajador del Ecuador en París, Dr. Gonzalo Escudero, encomendándole que inquirera sobre el asunto en la Facultad de Medicina de la metrópoli francesa, y tan diligentes y acuciosas fueron las gestiones realizadas por nuestro distinguido compatriota y amigo Dr. Escudero que, a los pocos días, recibimos el microfilm de la tesis íntegra, la cual, merced al espontáneo y generoso auspicio de la benemérita familia de nuestro recordado Maestro, la Comisión Organizadora puede presentarla hoy impresa (en facsímil), permitiendo así que se valore el ponderado juicio clínico y la independencia de criterio que desde sus primeros pasos exhibió el joven médico Julián Coronel, rasgos muy personales de su carácter, que habría de modelar y acrecentar en lo sucesivo con la madurez del estudio y la experiencia.

Si se toma en cuenta el positivo desarrollo alcanzado por la neuropsiquiatría, puede hasta cierto punto, carecer de interés la metódica y razonada monografía, sobre todo si se la mira con criterio superficial, orlado de modernismo intrascendente y engañosamente innovador; más aún si se considera que la medicina, efectivamente, ha depurado el conjunto sintomático de la histeria tradicional. Pero si se la lee con detenimiento y se justiprecia la exposición que en ella se dá de los síntomas y sus interpretaciones; si se analiza con atención la preponderancia adjudicada por Coronel a los factores psicógenos (entonces denominados morales), como causas primarias para el desencadenamiento de los aparatosos síndromes histéricos; si se atiende la explicación que el autor hace en el Prólogo, respecto a la elección de ese Tema: "nous comptens pratiquer dans un pays où cette névrose se trouve au fond de bien des maladies, soit á cause des influences climatéri-

ques, ou du défaut d' éducation physique ou morale", reconociendo con estas frases los elementos primordiales que favorecen la aparición de esos desórdenes nerviosos que tanto preocuparon y desconcertaron a los clínicos del pasado; y, sobre todo, si se anota la importancia que el incipiente maestro concede a la Fisiología Patológica del síndrome, a la cual le dedica un capítulo aparte —estudios poco comunes en esa época—, y se advierte de qué modo plantea las teorías propuestas por Duchenne (de Boulogne), Macario, Piorry, Landouzy, Brown-Séguard, Leroy d' Etiolles y otros clínicos eminentes, exponiendo, al final, lo que él piensa respecto a tan debatido asunto; si se resume el contenido de ese concienzudo estudio, se comprenderá muy bien porqué el trabajo de Coronel mereció que reputados Tratadistas le concedieran los honores de la cita.

La histeria, ese abigarrado síndrome, mezcla de simulación, autosugestión e impresionabilidad, de complejos psíquicos lindantes con las paranoias y las neurosis de exhibicionismo, ha sufrido naturales y justos recortes que ahora integran cuadros de otras psiconeurosis; ese desmañado y extravagante grupo de síntomas ocupa hoy un puesto poco menos que histórico, y, a menudo, se habla de esa enfermedad como una reminiscencia de la medicina de antaño, tal como ha sucedido con otras afecciones que apenas se las recuerda en los modernos tratados de patología. Pero si el reajuste operado en las clasificaciones ha despejado buena parte del horizonte neuropsiquiátrico, queda sin embargo, la remembranza imborrable del puesto prominente que, durante mucho tiempo, ocupó la histeria en los diagnósticos diferenciales, y sobre todo, no se han perdido en nada las posibilidades de que en muchos pacientes subsista ese substratum básico, conglomerado de autosugestión y ansias de notoriedad que, bajo las denominaciones de pitiatismo, engreimiento y otras menos evocadoras y ridiculizantes ante el público que la palabra HISTERIA, sirve como telón de fondo, a veces predominante e imponente en numerosas escenas de la clínica cotidiana. La moderna psiquiatría ha desmembrado ciertamente gran parte del patrimonio de la histeria, y les ha dado a muchos de esos jirones una individualidad no siempre justificable; las clasificaciones se han multiplicado y la terminología profusa hace que el médico general sienta, a veces, respetos y escrúpulos de adentrarse a reconocer pacientes que tienen ya etiquetas de: ansiedad, fobia, ciclotimia, manía, estado depresivo, con-

dición melancólica, y más todavía cuando escucha interpretaciones desconcertantes acerca de los estados paranoicos, esquizofrénicos y otras curiosas expresiones que, a fuer de habérselas derramado con infecunda prodigalidad en revistas y periódicos profanos, forman parte de la fraseología casera. Pero manteniéndonos siempre con nuestro espíritu abierto y el oído aguzado hacia todo lo sensatamente innovador y progresista, a veces nos parece que no está sobrada en la nosología la denominación *histeria*, así tal y como se la concebía antes: brusca e inusitada en su modo de aparecer, rara y protéica en su evolución, extraña y dramática muchas veces en su manera de terminar, terreno propicio para la intervención de factores milagrosos.

La Comisión Organizadora del IV Congreso de Medicina, I de Cirugía y Primeras Jornadas de Pediatría Ecuatorianos me ha conferido la, por mí ansiada, distinción de traducir al castellano y prologar la tesis del maestro Coronel, deferencia especial que agradezco con toda mi alma porque la anhelaba, jamás imaginándome que yo soy el capacitado para cumplir tan delicado encargo, sino porque deseaba proclamar, una vez más, mi gratitud para el hombre que enderezó hacia un camino claro y cierto mi desorientación inicial, en esa etapa de incertidumbre que muy pocos hombres no han experimentado.

Por eso he deseado esta oportunidad para exteriorizar la inextinguible deuda de gratitud que mantuve con mi inolvidable maestro Julián Coronel, cuyo recuerdo conservo cada vez más claro, atesorando en mi mente sus enseñanzas, y en mi corazón sus bondades. Porque él me mostró el derrotero de mi vida profesional y me inculcó el legítimo amor a las disciplinas médicas y sus aplicaciones, cuando yo iniciaba mi cuarto año de estudios con la misma despreocupación y poca fe de muchos de los jóvenes que se disponen a seguir una carrera. No puedo decir que tuve vocación por la medicina; quizás la mantuve muy recóndita, y en forma subconsciente me impulsó a inscribirme entre los matriculados de 1912. La deuda que nunca podré cancelar con el Profesor Coronel es precisamente la de haber influenciado mi ánimo con la fuerza de su personalidad científica, la transparencia de su autoridad y sinceridad, la nobleza e imparcialidad de sus procedimientos y, porqué no decirlo, la suma habilidad con que alternaba la aspereza de sus reprimendas y la parca suavidad de sus palabras estimuladoras.

J. TANCA MARENGO.

BIBLIOTECA NACIONAL
QUITO-ECUADOR

P R O L O G O

Habiendo podido observar últimamente algunos casos de hemiplejía histérica, hemos pensado que sería útil para nuestra instrucción estudiar con prolijidad la histeria, haciendo nuestra tesis inaugural sobre una de sus manifestaciones, tanto más que nosotros proyectamos practicar en un país donde esta neurosis constituye la base de muchas enfermedades, sea por influencia climática o por defectos de educación física o moral. No tenemos la pretensión de hacer nada que sea original, sino resumir lo más sucintamente posible lo que han dicho ya los autores que se han ocupado del asunto, agregando algunas observaciones para ilustrar la etiología y la sintomatología de esta enfermedad.

LA HEMIPLEJIA HISTERICA

Las parálisis histéricas han sido conocidas desde mucho tiempo atrás, ya que en Hipócrates encontramos "la historia de una muchacha atacada, a consecuencia de la supresión de sus reglas, de parálisis del miembro superior derecho y del miembro inferior izquierdo, sin alteración de la inteligencia y sin desviación de la cara. La mejoría sobrevino al vigésimo día, cuando aparecieron sus reglas".

Si se toma en cuenta a Carré de Montgeron, se encuentra de tiempo en tiempo, entre los convulsos de San Medardo, mujeres que caían con parálisis.

Chevalier y Feligne publicaron algunas observaciones relativas a parálisis ocurridas en histéricas, pero no es sino a fines del siglo XVIII que Wilson, médico del Hospital Middlesex, publicó una memoria sobre la hemiplejía propiamente dicha. Esta memoria, aunque fundada sobre observaciones un tanto compendiadas, da una idea sobre la frecuencia de esta parálisis.

En 1844, el Prof. Piorry, en su Clínica de la Pitié, llamó la atención de los médicos sobre la anestesia que se observa en las histéricas e hizo entrar así en el dominio de la ciencia este importante asunto. El año siguiente, Macario publicó un trabajo muy interesante sobre el mismo tema.

A partir de 1848, las monografías se han sucedido; después vinieron los diferentes tratados sobre la histeria y las tesis y demás publicaciones hechas sobre esta materia.

Entre los autores que han contribuído más a esclarecer y desarrollar esta cuestión citaremos a Landouzy, Mesnet, Georget y Briquet. Este último después de numerosas investigaciones acerca de la histeria, ha escrito una obra capital sobre el asunto. Por último, M. Duchenne (de Boulogne), en su libro sobre la electrización, escribe muchos capítulos más o menos relacionados con el punto que nos ocupa.

En el extranjero en numerosos trabajos se ha abordado también esta cuestión. Citaré sobre todo aquellos de Althaus, Brown-Séguard y Bénédickt.

ETIOLOGIA

A primera vista parece inútil escribir un capítulo especial sobre la etiología de esta variedad de parálisis. La misma palabra que la define parece decir lo suficiente sobre su origen y su naturaleza. Pero las circunstancias que preceden y acompañan al desarrollo de la hemiplejía histérica son muy numerosas y se refieren casi todas al histerismo, del cual la

hemiplejía no es más que una de sus múltiples manifestaciones. Hemos pensado, por eso, que será útil decir algunas palabras sobre las causas generales y las causas ocasionales.

CAUSAS GENERALES

SEXO.— Indudablemente la causa predisponente más importante de las manifestaciones histéricas, depende de la excesiva impresionabilidad y labilidad del sistema nervioso de la mujer, al cual élla no puede controlar sino por una educación bien dirigida y una preponderancia ingénita de su organización cerebral. Sin embargo, no se debe creer que la hemiplejía, lo mismo que los otros fenómenos histéricos, sean atributos exclusivos del sexo femenino, puesto que la predisposición a la histeria no depende sólomente del simple hecho de pertenecer a uno u otro sexo, sino más bien de ciertas condiciones que afectan el equilibrio armónico del sistema nervioso, condiciones que, aunque infinitamente más frecuentes en la mujer, pueden, no obstante, encontrárselas también en el hombre.

EDAD.— Los fenómenos histéricos aparecen rara vez antes de la pubertad, "porque es en este momento que intervienen las emociones pasionales y afectivas y las excitaciones genitales, que, concentrando las actividades nerviosas en las esferas inferiores de la animalidad, favorecen así el debilitamiento de la voluntad y de las facultades cerebrales superiores" (Jaccoud).

Ninguna edad está al abrigo de las perturbaciones hísticas, ya que en los 351 casos analizados por Landouzy, se encuentra 48 en los cuales las primeras manifestaciones aparecieron en un período comprendido entre el décimo y el décimoquinto año, y Reynolds-Russell dice que ha encontrado, aunque rara vez, casos de histerismo extremado en mujeres que habían llegado a la edad crítica. Thorton cita el ejemplo de una mujer de 43 años que, a intervalos más o menos aproximados, presentó cinco ataques de histeria seguidos de parálisis de los cuatro miembros y complicados de parálisis de la vejiga.

CONSTITUCION.— Parece que la constitución y el temperamento no tienen influencia marcada sobre la mayor o menor predisposición para las afecciones hísticas. Briquet dice que la histeria se encuentra de preferencia en las mujeres gordas que aparecen robustas, pero con tejido muscular poco desarrollado, dotadas de un tinte pálido y presentando signos inequívocos de cloroanemia.

ESTADO SEXUAL.— Parece que la histeria es mucho más común en las señoritas que en las mujeres casadas, y que éstas son atacadas con más frecuencia cuando tienen esposos impotentes o ellas no han encontrado en sus maridos el carácter o desarrollo intelectual que esperaban. Se señala también como víctimas frecuentes de histerismo a las mujeres que quedan viudas muy jóvenes, así como a las que quedan semi-virgenes o infecundas en su matrimonio. Aseveraciones de esta

naturaleza no son de gran peso en la etiología de la histeria, desde el momento que se encuentra histerismo en mujeres que son felices en su matrimonio, dotadas de todas las satisfacciones deseables, tanto en sus necesidades físicas como en su posición social. Los hechos que se ponen por delante para demostrar que el matrimonio ha curado a veces la enfermedad, no son ni suficientemente numerosos ni característicos para contrabalancear aquellos que prueban, hasta la evidencia, que el matrimonio no ha impedido la persistencia y aún la agravación de la histeria. Además, si hay un hecho bien conocido es el que se refiere a la frigidez de las mujeres histéricas, que tienen generalmente una aversión natural hacia los placeres sexuales.

Los excesos genitales son considerados por algunos autores como factores frecuentes de histerismo. Puede ser que en esto haya algo de verdad, pero no tanto como se ha dicho, puesto que Parent-Duchatelet afirma que la histeria no se encuentra con la frecuencia que debía esperarse en mujeres públicas, que se entregan por demás a los mayores excesos de este género.

CLIMAS, ESTACIONES.— Hay muchas observaciones que tienden a probar que los climas cálidos y las estaciones de primavera y verano tienen cierta influencia sobre las condiciones que presiden el desarrollo de la histeria. Esta influencia de la temperatura no tiene nada de sorprendente, ya que es bien conocida la consecuencia del calor sobre la exaltación de las facultades cerebrales.

PROFESIONES.— En lo que se refiere a la profesión, se debe de hacer dos consideraciones:

1º— La histeria se desarrolla frecuentemente en las mujeres de la alta sociedad, y que, generalmente, llevan una vida sedentaria, aunque debe preguntarse si el simple hecho de la falta de trabajo pueda tener influencia sobre la génesis del histerismo. Como quiera que sea, es preciso convenir que una mujer que no tiene nada de qué ocuparse, se da por entero, sea a lecturas que exaltan su imaginación, sea a la meditación constante de sus pesares y sus decepciones, sea, también, a las emociones depresivas. Todas estas circunstancias reunidas o independientemente, producen el efecto de subordinar la voluntad a las excitaciones sensibles y afectivas, y constituyen ellas mismas, por decirlo así, una verdadera oportunidad mórbida.

2º— El estado histérico se desarrolla a veces en individuos entregados por entero al trabajo intelectual o a estudios prematuros que, aparte de la inquietud y ansiedad que les ocasionan, conducen a menudo a su organismo a un mal estado de nutrición por la fatiga cerebral y la pérdida de apetito, provenientes de la vida confinada y de la falta de ejercicio físico.

MENSTRUACION Y LESIONES UTERINAS.— Hemos dicho ya que la histeria hace su aparición frecuentemente a comienzos de la pubertad, sin pretender fijar por esto que existe una relación bien definida entre este estado mórbido

y las diferentes condiciones de la menstruación. Indudablemente la metrorragia, que debilita las fuerzas vitales por la pérdida de sangre, la dismenorrea, que produce el mismo efecto por agotamiento nervioso, pueden la una y la otra conducir a la exasperación o al desarrollo del estado histérico. Pero queda todavía por demostrar que estas situaciones sean suficientes per se para producir la histeria, tanto que es muy frecuente encontrar histéricas consumadas que no han presentado jamás la menor anomalía por parte de sus órganos de la gestación o de sus funciones.

Todas las lesiones del útero o de sus anexos pueden ser consideradas, hasta un cierto límite, como causas somáticas del estado histérico, sobre todo cuando estas lesiones revisten un carácter crónico que, reaccionando sobre el sistema nervioso, aumentan aún el estado de excitación de este aparato.

HERENCIA.— En lo que se refiere a la herencia, los autores no están de acuerdo. Briquet y Georget dicen que un simple estado nervioso o un temperamento muy irritable entre los antecesores pueden dar lugar a la histeria o a cualquiera otra neurosis. Reynolds-Russell y otros autores ponen en duda la influencia de la herencia, y atribuyen más bien el desarrollo de la histeria, en los diferentes miembros de una misma familia, a una actitud transmitida por los padres y despertada por el mal ejemplo o una educación mal orientada. Razón por la cual es preciso vigilar atentamente a los niños

e impedirles que se entreguen a lágrimas, cóleras o tristezas intempestivas.

CAUSAS OCASIONALES

Briquet da como causas ocasionales de las parálisis histéricas un gran número de motivos que los coloca en diversos acápites y que nosotros nos limitaremos a citarlos.

1º— Los ataques histéricos convulsivos, que provocan instantáneamente la pérdida de los movimientos, después de los cuales es muy común ver aumentar notablemente la parálisis ya existente;

2º— Las afecciones morales vivas y bruscas, por las perturbaciones que ellas imprimen a todo el sistema (nuestra observación Nº 1 nos proporciona un ejemplo notable);

3º— Los ataques espasmódicos seguidos de letargia;

4º— Las fatigas excesivas y las marchas forzadas pueden producir anemia. Así, algunas muchachas que tienen un trabajo penoso como el de planchadoras, las campesinas, después de los trabajos de la cosecha, las domésticas cuyas patronas les han exigido demasiado, son atacadas de parálisis inmediatamente después de estas causas de agotamiento;

5º— La supresión brusca de los menstruos, lo que ocasiona diferentes trastornos generales y por consecuencia estados nerviosos y a continuación parálisis;

6º— La desaparición de síntomas histéricos, tales como la cefalalgia intensa, la disnea, las palpitaciones, etc., que entonces son reemplazadas por el fenómeno paralítico;

7º— La clorosis y el agotamiento, como consecuencia de evacuaciones excesivas. Así algunos niños histéricos se tornan gradualmente paralíticos por el hecho de la anemia que están sufriendo;

8º— Por último, la hiperestesia da lugar, con frecuencia, a parálisis: después de los dolores, a veces extremadamente vivos, reaparece la calma, sobreviniendo la anestesia y a continuación se instala la parálisis.

FISIOLOGIA PATOLOGICA

Cuando se trata de penetrar en la manera cómo se producen las parálisis histéricas, uno se encuentra en presencia de tantas opiniones como autores se han ocupado del asunto, de modo que lo mejor, según nos parece, es transcribir estas hipótesis y buscar si ellas pueden explicar la hemiplejía.

M. Piorry atribuye la parálisis histérica a un desperdicio considerable del fluído nervioso, resultante de un movimiento molecular de oscilación que experimenta el sistema nervioso durante el ataque convulsivo.

Landouzy, habiendo constatado que la parálisis aumenta en intensidad después de los ataques convulsivos, se acoge

a la opinión de sus predecesores. Sandras pretende también que es un estado nervioso consecutivo a las crisis.

Leroy d' Etiolles cita en apoyo de esta manera de ver un experimento fisiológico que parece darle razón. "Si, dice él, se irrita con dos polos galvánicos la porción lumbar de la médula en una rana, se ve que las sacudidas musculares se hacen cada vez menos fuertes en los miembros inferiores hasta que cesan del todo; pero, al cabo de unos instantes, el fluído nervioso vuelve a formarse, la médula se carga de nuevo y las contracciones se reinician si se practica nuevas excitaciones galvánicas".

Desgraciadamente esta teoría aparentemente tan seductora, no ha recibido la sanción de la experiencia, ya que, si ella puede explicar hasta cierto punto las parálisis que sobrevienen después de los ataques, ¿cómo explicaría los hechos comprobados por Mesnet, Besancon, Valérius y otros en los cuales la parálisis precedió un tiempo más o menos largo a los ataques convulsivos? Las comprobaciones de Briquet están allí también para demostrar que sólo en la mitad de los enfermos se produce la parálisis después de los ataques.

Si la parálisis aumenta frecuentemente de intensidad después de las convulsiones, se debe apreciar este fenómeno como una simple coincidencia y no como una relación de causa a efecto.

Valérius localiza la afección en los músculos mismos, y, apoyándose en los trabajos de Dubois-Reymond, pretende

que la causa de la parálisis reside en el debilitamiento de la polaridad de los músculos inmovilizados. Barnier, en su tesis de Agregado, adopta más o menos las ideas de Valérius: para él la afección sería debida a una adinamia de los nervios musculares, sumada al agotamiento nervioso central.

La opinión de Valérius es aceptable y reposa en un hecho fisiológico cierto pero cuya demostración experimental, por desgracia, es casi imposible en el estado actual de la ciencia, ya que no disponemos por el momento de los medios necesarios para constatar la condición eléctrica de los músculos del enfermo.

Para Brown-Séguar, la parálisis histérica no sería sino una parálisis refleja; pero, aceptando como comprobado este mecanismo que propone Brown-Séguar, quedaría aún por demostrar la causa periférica que ha precedido al desarrollo de la parálisis, o por lo menos, indicar el lugar o el órgano en que reside. Ciertamente esta causa no debe radicar en el útero, puesto que cada día se tiende más a desechar la antigua idea que hacía jugar a este órgano el papel principal, si no exclusivo, en el desarrollo de la histeria.

Nosotros rechazamos, pues, la teoría de Brown-Séguar hasta tanto que élla no muestre el punto de partida de los fenómenos reflejos que conducen a la parálisis.

Para Hasse y Niemeyer, el origen de la parálisis es central y no periférico, por el hecho que los miembros paralizados pueden contraerse bajo la influencia de estímulos eléctricos.

La evolución de estas parálisis y la manera como desaparecen, significa para estos autores un índice no de alteración de estructura, sino de ligeros trastornos de la nutrición de los centros nerviosos fáciles de reparar.

Valentiner y Macario no aceptan esta opinión que le reconoce un origen central a la parálisis histérica, y piensan que existe sólo una lesión exclusivamente periférica producida por la pérdida del influjo nervioso en las extremidades nerviosas que se distribuyen en las partes paralizadas.

Henrot y Bénédickt, reuniendo todas las teorías precedentes, atribuyen la parálisis a trastornos de los centros y de las partes periféricas del sistema nervioso.

Llegamos a una última teoría vagamente formulada por Rostan, cuando en su Tratado del Diagnóstico dice: "Puede ser que el agente nervioso sea susceptible de pecar por exceso o por defecto, y es a este caso que debemos referir los espasmos, las convulsiones y las parálisis". La idea de Rostan ha sido desarrollada por los autores de la escuela alemana, aceptada por Reynolds-Russell, Anetie en Inglaterra y vulgarizada en Francia por M. Jaccoud. Estos autores atribuyen los fenómenos de parálisis, no a un trastorno en la inervación espinal, ni a impotencia de los músculos, sino a un desfallecimiento de la inervación central por déficit de la excitación motriz. Es el impulso motriz que, o bien falta o no es lo su-

ficientemente potente para manifestarse. Es una verdadera neurosis con pérdida de la excitabilidad por agotamiento (Jacquoud).

Nosotros nos acogemos de buen grado a esta teoría, porque, aún cuando ella no expresa la verdad por entero, basta para explicar buena parte de los hechos. Nosotros agregamos que un gran número de parálisis histéricas reconoce por causa una perversión de la voluntad. Cuando los histéricos no caminan, se debe a que no quieren caminar, o que consideran no poder hacerlo; de otro modo no se podría comprender esas curaciones instantáneas, que tienen toda la apariencia de un milagro y que sobrevienen bajo la influencia de una circunstancia imprevista que modifica el estado moral del sujeto. Así, si un incendio estalla en un hospital, el terror afecta, naturalmente, a los paralíticos histéricos, que se levantan y se salvan a todo correr. Briquet cita el ejemplo de una muchacha paralítica que tenía fuerzas suficientes para ir a ver a su amante. En este mismo orden de hechos se deben colocar los resultados maravillosos consignados en la demonología histérica.

MODO DE INVASION

La hemiplejía puede sobrevenir de diferentes maneras; a veces el enfermo es afectado por una serie de ataques convulsivos impresionantes por su número y su frecuencia, que dejan

como secuela un lado del cuerpo enteramente paralizado o por lo menos impotente; a veces el mismo enfermo experimenta dolores, hormigueos, temblores en el lado que será después atacado por la parálisis. Otras veces es cualquier impresión física o moral que hace estallar la aquinesia muscular. A veces el accidente se desarrolla en el intervalo de la crisis. Por último, los fenómenos de parálisis pueden ser la primera manifestación de la histeria y preceder a los ataques durante un tiempo variable, a veces prolongado, sin que nada pueda explicar su aparición más o menos súbita.

Cualesquiera que sean las circunstancias en las cuales se declara la hemiplejía, ésta puede aparecer de manera brusca o gradual.

Cuando la parálisis se produce bruscamente, comienza como la que ocurre a consecuencia de una hemorragia cerebral; sólo que, según dice Briquet, no es precedida de pérdida del conocimiento, opinión tal vez, un poco absoluta pues algunos observadores muy acuciosos como Bénédickt y Buisson, de Burdeos, han comprobado verdadera pérdida del conocimiento.

Cuando la parálisis se instala gradualmente, se anuncia de ordinario por hiperestesia y temblor del lado que quedará después afectado.

La diferencia que existe entre estas dos maneras de presentarse la parálisis, no tiene ninguna relación con la mo-

·dalidad de histeria; así un enfermo que nunca ha tenido crisis convulsivas puede ser atacado un buen día, súbitamente, por una hemiplejía completa, mientras que otro que ha experimentado ataques violentos, sufre estos accidentes paralíticos de manera progresiva, los cuales tardan cierto tiempo en desarrollarse.

PARALISIS DEL MOVIMIENTO

Como la generalidad de los enfermos atacados de hemiplejía histérica han presentado durante un tiempo, más o menos largo, ciertos fenómenos generales capaces por sí solos de permitir reconocer la naturaleza de la parálisis, hemos pensado que no sería supérfluo indicar brevemente las características más notables de estas manifestaciones.

Aparecen dolores neurálgicos que asientan de preferencia, sea en el hueco epigástrico, sea en las mamas (mastodi-neas) principalmente a la izquierda, a lo largo de los nervios intercostales inferiores; ya en un punto muy circunscrito de la sutura sagital (clavus histéricus), ya, en fin, en las fosas ilíacas. Existe también un dolor hacia atrás que, desde el occipucio, puede extenderse hasta el sacro, a lo largo de la "gouttiere" vertebral, constituyendo una raquialgia, que frecuentemente es muy dolorosa y pertinaz.

Las neuralgias viscerales son también muy frecuentes, especialmente la gastralgia que se acompaña, a menudo, de

vómitos; la enteralgia y la hepatalgia deben ser también señaladas. Además, como trastornos que pueden existir antes de la parálisis o en los miembros no atacados, citaremos los dolores articulares (artralgia histérica), sobrevenidos por la inercia e inmovilidad de los miembros paralizados.

La hemiplejía, lo mismo que los otros fenómenos paráliticos de la histeria, se muestran con mayor frecuencia a la izquierda que a la derecha. ¿Será exacto lo que dice Weber, que esta singularidad se debe a la mayor sensibilidad del costado izquierdo, o, que obedezca, según Moulin, a la imperfección relativa de este costado?

La hemiplejía comienza por afectar lo más frecuentemente el miembro inferior; gradualmente interesa el superior. Sin embargo, en la obra de Briquet se encuentran casos en los cuales la hemiplejía había comenzado por el miembro superior; pero cualquiera que sea la extremidad primeramente atacada, siempre se anota predominio del debilitamiento muscular en la extremidad inferior. De esto resulta que con frecuencia muchos enfermos, que no pueden caminar sino con muletas, se sirven todavía con bastante destreza de sus miembros superiores correspondientes.

La parálisis puede ser completa desde el primer momento, impidiéndole al enfermo realizar el menor movimiento de sus miembros y por consiguiente servirse de ellos. Es-

tos casos de abolición completa del movimiento son muy raros, y se los observa con mayor frecuencia después de ataques apopletiformes, en los cuales los enfermos, sin perder generalmente el conocimiento, presentan una facies enteramente diferente a la que se observa a consecuencia de apoplejía por enfermedad cerebral. El estupor, la respiración estertorosa no se encuentran en esta pérdida del conocimiento que afecta a los histéricos; lo que hace pensar que la onnubilación mental histérica, un tanto similar a la de las afecciones cerebrales, sea solamente un síntoma que sobreviene en el curso o después de una crisis histérica. Por otra parte, raras veces la parálisis ataca a los músculos inervados por el facial, y, cuando esta llega a ocurrir, presenta un aspecto muy distinto, imposible de que se la pueda confundir con la parálisis facial de la hemiplejía de origen cerebral.

Si la parálisis se hace lenta y progresivamente, los enfermos se quejan, al principio, de pesadez, dolor de cabeza y de una sensación de calambre y embotamiento que tornan a sus miembros pesados y menos movibles que en estado normal. En un plazo más o menos breve, estas diversas sensaciones van seguidas de un debilitamiento de la contractilidad de los músculos, disminución de la fuerza y regularidad de los movimientos, lo que ocasiona que los enfermos se aperciban muy pronto de su incapacidad para ejecutar movimientos. Se vuelven entonces temerosos, vacilantes y no se atreven a mover sus miem-

bros que, tal vez, entonces no están aún enteramente paralizados. Se cita ejemplos de mujeres que, muy al comienzo de la iniciación de la parálisis en una de sus piernas, se inhibieron de practicar todo movimiento, simulando así una parálisis completa.

En un grado más avanzado, los enfermos pueden conservar la facilidad de mover sus miembros, siempre que permanezcan acostados en su cama y no tengan que sostener pesos, tal como lo menciona Briquet, refiriéndose a mujeres que estaban plenamente capacitadas para mover sus extremidades inferiores mientras se mantenían en sus lechos, pero que, sin embargo, estaban imposibilitadas para sostenerse en pie.

Por último, en un período más adelantado, la pérdida de la contracción es completa, y los enfermos no pueden ejecutar el menor movimiento con sus miembros paralizados. Sin embargo, esto último es bastante raro, pues casi siempre la potencia muscular no está del todo abolida. Briquet mismo, en su vasta experiencia, sólo ha visto la pérdida absoluta de la movilidad en 8 o 10 casos.

La parálisis afecta la actividad muscular en grados diversos, que pueden ser apreciados con el dinamómetro. Si se le pide al enfermo contraer sus músculos paralizados, éstos no obedecen o lo hacen de un modo imperfecto; pero si se los excita con un agente irritante como la electricidad, se verá.

reaparecer sus contracciones como si no existiera parálisis. Este signo casi constante, que ha sido considerado como patognomónico por Duchenne (de Boulogne), quien lo designó bajo el nombre de contractilidad electro-muscular, no es exclusivo de esta afección, pues en las parálisis reumáticas se lo encuentra asimismo neto y evidente. Algunos casos observados por Bénédickt, le han permitido insinuar que la reacción eléctrica de los músculos paralizados no siempre se la aprecia íntegra y normal, como se lo creía hasta ahora, y muchas veces se comprueba que está efectivamente debilitada.

Al inspeccionar atentamente los miembros paralizados, no se descubren ni enflaquecimiento ni edema. Los músculos conservan su aspecto ordinario. La fibra muscular no sufre ninguna alteración apreciable en su estructura, según lo dicen M Lebreton y M Damaschino, quienes en los exámenes histológicos que han practicado de algunas fibras de los músculos generales, sólo han constatado un ligero grado de anemia. Briquet da como posibles de producirse en las hemiplejías antiguas, luxaciones fáciles de reducir pero difíciles de mantenerlas así. Explica su producción por debilitamiento muscular, agregado a cierta elongación de los ligamentos y tendones vecinos a las articulaciones.

La hemiplejía histérica se complica rara vez de contractura, y cuando existe, los miembros afectados se vuelven rígidos y muy dolorosos. Los enfermos, en estos casos, no

sólo están incapacitados para mover sus extremidades sino que, cuando se intenta cambiarles la posición que han adoptado, se les provoca dolores muy vivos sin conseguir vencer la resistencia que los músculos oponen a estos movimientos. Esta complicación que se produce bajo la influencia de grandes emociones, se manifiesta a veces del lado opuesto a la hemiplejía.

La hemiplejía no siempre es bien circunscrita, y se comprende muy bien, en vista de la multiplicidad de las manifestaciones histéricas, que puedan coexistir diversas parálisis a la vez, o bien que la hemiplejía alterne con otras parálisis. A menudo ocurre que, en el momento en que la hemiplejía tiende a curar, se produce una paraplejía. Otras veces la parálisis se instala, en un primer ataque, en un miembro solamente, y después de un intervalo bastante prolongado, se afecte el otro miembro del mismo lado.

En los casos de hemiplejía histérica, se encuentran ejemplos de parálisis de la lengua y de las fibras musculares de la vida orgánica, especialmente del recto y de la vejiga. En lo tocante a la inercia de los planos musculares orgánicos, queda siempre por averiguar si en verdad se trata de un debilitamiento de la fuerza muscular, o si el desorden motor proviene de una alteración de la sensibilidad. Se sabe, en efecto, que los movimientos de la vida orgánica se realizan mediante estímulos producidos por sensaciones que no alcanzamos a percibir.

PARALISIS DE LA SENSIBILIDAD. TRASTORNOS DE LOS ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Acabamos de referirnos a los trastornos de la motilidad; pero, como en la hemiplejía histérica existe también parálisis de la sensibilidad, es necesario que nos detengamos a apreciar este síntoma, uno de los más característicos de la histeria, que rara vez falta, dominando de tal manera el conjunto clínico, que los fenómenos paralíticos han escapado, a veces, a la atención de los autores. Como el sentido del tacto es muy complejo, para comprender mejor todas las variedades de las parálisis que afectan a la sensibilidad, precisa recordar lo relativo a este sentido que se lo puede definir con Longet: "el sentido que nos advierte del contacto con los cuerpos extraños".

Este autor no admite sino tres sensaciones diferentes: 1º)— sensación de contacto, que comprende entre otras, la sensibilidad a la presión, rascado y vibraciones; 2º)— sensación de dolor; 3º)— sensación de temperatura. Para Landouzy estas sensaciones táctiles son también distintas y difieren entre ellas, de la misma manera que difieren de aquellas de luz, sonido, olor y sabor. Además, la contractilidad muscular es muy útil para el tacto, y por esta circunstancia la contracción permite tomar bien los objetos y apreciar mejor sus diversas cualidades físicas.

Estas diversas sensaciones táctiles pueden paralizarse, aisladas o simultáneamente, de lo que resultará anestesia, analgesia y termo-analgesia. En la hemiplejía histérica la parálisis puede atacar a una u otra de estas sensibilidades percibidas por el tacto, o inhibirlas todas a la vez. Pero, ¿cuál de estas sensibilidades es la más frecuentemente atacada? Beau supone que la anestesia al dolor precede siempre a la pérdida de las sensaciones de contacto. Landry dice haber comprobado lo contrario y Briquet considera como irrefutable que, por el hecho de haberse alterado una de las sensibilidades del tacto, la del contacto también sufre el desarreglo, aunque en grados diversos. Como quiera que sea, lo cierto es que la anestesia puede ser completa o incompleta.

Cuando la anestesia es completa, se produce, sea en los dos miembros paralizados, y, sobre todo, en el hemicostado correspondiente, deteniéndose justamente en la línea media tanto adelante como atrás. Esta limitación es, en general, de tal manera exacta, que si hacemos dos picaduras con alfiler a pocos milímetros de distancia la una de la otra, a nivel de una misma línea horizontal, la realizada en el sector anestesiado no es advertida, mientras que la del lado opuesto es claramente apreciada. Es una verdadera hemiplejía anestésica que asienta, lo mismo que la aquinesia muscular, con mayor frecuencia a la izquierda; y esto, según Weber, se debería a que la piel está dotada de una sensibilidad más exquisita a la iz-

quierda que a la derecha. Una enferma que presentaba esta variedad de hemiplejía anestésica, cuando se la sumergió en un baño no advirtió el contacto del agua sino en un costado. En la hemianestesia completa los enfermos no son capaces de reconocer por el tacto ni las superficies pulidas, ni las ásperas, ni las características de los objetos exteriores; no pueden juzgar acerca de lo que palpan; permanecen indiferentemente cubiertos o sin cubrirse y no distinguen la cama sobre la cual están acostados.



Cuando la anestesia es incompleta, origina tan pocos desórdenes que los enfermos habitualmente no la advierten y, por esto, con frecuencia no es reconocida. Los enfermos apenas si se dan cuenta de la disminución de su tacto, sobre todo cuando éste está embotado sólo ligeramente.

Por el hecho de que en la hemiplejía histérica la parálisis del movimiento está limitada a un costado del cuerpo, no debe concluirse que la anestesia deba también quedar circunscrita al mismo lado. A veces la insensibilidad más o menos completa está generalizada, no percibiendo los enfermos ninguna de las variedades del tacto; otras veces, al contrario, ocupa sólo un espacio muy restringido limitado a pocos centímetros cuadrados, decreciendo la insensibilidad gradualmente a medida que uno se aleja de la zona anestesiada, o también desapareciendo bruscamente y sin transición ninguna.

La insensibilidad al dolor (analgesia) es muy frecuente. Los pellizcos, pinchazos, las incisiones no son advertidos. Las diversas inflamaciones de la piel, tales como eritemas y erisipelas, aunque determinan una reacción inflamatoria viva, no dan lugar a ninguna manifestación dolorosa. Esta insensibilidad al dolor en zonas más o menos extensas hizo, en la Edad Media, torturar a pretendidos brujos que se los creía posesos del demonio, porque presentaban puntos insensibles que se los denominó stigma diaboli y se los consideraba como signos diabólicos infalibles.

En la termoanestesia, las diversas temperaturas son mal discriminadas, lo mismo que la humedad y sequedad.

La anestesia precede de ordinario a la parálisis del movimiento, y el hecho de que los enfermos se quejan de no haber sentido (antes de la parálisis) las rugosidades del terreno, de tener la impresión de que caminan sobre algodón o sobre caucho, es también prueba de la prioridad de la anestesia.

En ciertos casos de hemiplejía histérica se encuentran puntos de hiperestesia que alternan o reemplazan a la anestesia, zonas hipersensibles muy variables en cuanto a su extensión, localización y manera de evolucionar. Otras veces una hiperestesia profunda coincide con anestesia cutánea. Se diría, en esos casos, que la sensibilidad hubiera abandonado las partes superficiales para concentrarse en las profundas. Para provocar el dolor en estos enfermos basta, a veces, com-

primír con bastante fuerza y en ocasiones apenas rozarles la epidermis.

Por último la insensibilidad puede afectar también a los músculos, aún los más profundos. La anestesia muscular varía entre un leve embotamiento de la percepción hasta la completa insensibilidad. Entre estos dos grandes extremos se concibe que existen diversas tonalidades, y es de presumir las dificultades que se experimenta a veces para reconocer las formas ligeras de anestesia. Si en los casos claros, la insensibilidad es evidente, en los casos benignos es difícil de comprobar. Además, las sensibilidades dolorosas son excesivamente variables en cada sujeto, especialmente si se trata de mujeres. En estado normal ciertas personas soportan fácilmente el paso de una corriente eléctrica, que a otras las hace gritar. Para definir claramente esta insensibilidad muscular, se recorre alternativamente los miembros sanos y afectos y el tronco del sujeto con los excitadores de un aparato de inducción fuertemente cargado, de modo de obtener contracciones musculares enérgicas. Después de algunas aplicaciones es raro que el enfermo no acuse diferencias entre las sensaciones percibidas: el dolor será menos vivo en el pie izquierdo que en el derecho, por ejemplo, o más fuerte en la mano que en la pierna, etc. Se busca en seguida, con el auxilio de la acupuntura el estado de la sensibilidad cutánea, para determinar si la insensibilidad observada no se debe más bien a anestesia

cutánea que a insensibilidad muscular. Si la sensibilidad tegumentaria se conserva intacta, la cuestión queda resuelta: se trata de anestesia muscular. Si al contrario, la piel está insensible la interpretación de esta prueba es más difícil porque hay que discernir entre lo que pertenece a la anestesia muscular y lo que corresponda a insensibilidad cutánea. Sin embargo, variando la intensidad de la corriente eléctrica de modo de hacerla pasar alternativamente, primero por la piel sólomente y después por los músculos, se logra, de ordinario, delimitar la existencia de los dos síntomas. Procediendo de este modo y por la observación comparada de los músculos sanos y de los paralizados, se llega a confirmar la ley de M. Duchenne (de Boulogne): "La contractilidad electromuscular es normal en la parálisis histérica; la sensibilidad electromuscular, al contrario, está disminuída o abolida en esta afección".

En el grupo de los trastornos de la sensibilidad, nos queda por hablar de la anestesia de las mucosas, que parece ser siempre consecutiva a la de la piel, de la cual sería su prolongación. Es casi exclusiva de esta clase de hemiplejía, y se la encuentra en dos tercios de los casos. La anestesia puede afectar a las membranas mucosas conjuntival, nasal y bucal.

La anestesia de estas mucosas entraña siempre una limitación en su funcionamiento: así los olores, aún los más penetrantes, no son percibidos; el contacto o cualquiera otra exci-

tación, como la aspiración de polvos irritantes, no determinan estornudos.

En la mucosa bucal, los inconvenientes son más graves: los enfermos no perciben el contacto de los alimentos en el lado paralizado, ni se aperciben de su permanencia en la cavidad bucal; por esto la deglución está algo entorpecida, la masticación se hace mal y se acumulan partículas alimenticias entre las mejillas y las arcadas dentarias. Además, esta insensibilidad que acabamos de describir, puede acompañarse de anestesia gustativa, casi siempre limitada exactamente por la línea media; se la reconoce por la ausencia de percepción de las cualidades sápidas de los cuerpos.

La anestesia de las conjuntivas, principalmente de la izquierda, se le encuentra con tanta frecuencia, que es raro ver una histérica que perciba claramente el contacto de una cabeza de alfiler sobre esa membrana.

Por último, la pérdida más o menos completa de la facultad de percibir los sonidos y los diversos trastornos de la vista, tales como ambliopía, hemianopsia, etc., completan el cuadro sintomático de los trastornos de los nervios sensoriales presentes en la hemiplejía histérica.

Pueden también manifestarse trastornos sensitivos en otros órganos y aparatos, tales como pérdida de la sensibilidad de las mucosas vaginal y vesical.

MANCHA, DURACION, TERMINACIONES

La hemiplejía es tan variable y caprichosa en su marcha como irregular es su modo de comienzo. En efecto, con frecuencia desaparece espontáneamente; otras veces, iniciada a continuación de una crisis convulsiva violenta, se extingue después de un nuevo ataque. En otras ocasiones, después de haber alcanzado rápidamente su máximo y haber persistido durante un tiempo, variable entre pocas semanas a uno o dos años, va decreciendo gradualmente, o desaparece bruscamente, sin dejar el menor rastro de su existencia. Según M. Lásegue, si la parálisis persiste más de un año, es muy probable que se trate de un error de diagnóstico o que alguna complicación habrá desnaturalizado a la enfermedad primitiva. A veces la curación es sólo temporal y la hemiplejía no tarda en reaparecer más o menos modificada; pues, de todos los síntomas de histeria, la parálisis es el último que desaparece. La observación N^o 50 de Briquet es una demostración de recidivas. Se refiere a una niña, manifiestamente histérica, que había sido tratada muchas veces por ataques convulsivos, con anestias en diversas partes del cuerpo y debilidad muscular de los miembros, que fué víctima de una hemiplejía, la cual curó varias veces y recidivó otras tantas.

Algunas veces, la hemiplejía parece curada o por lo menos que inicia su mejoría, cuando de repente sobrevienen fenómenos de parálisis u otras manifestaciones histéricas, tales como

dolor en la región precordial, dísnea, gastralgia, enteralgia, etc., que reemplazan a la hemiplejía. En algunos enfermos, la hemiplejía pasa de un costado del cuerpo al otro. Briquet refiere la observación de una mujer atacada de hemiplejía del lado izquierdo que, cuando mejoró, fué atacada de hemiplejía del lado derecho.

La desaparición brusca sucede, ordinariamente, con motivo de algunas de las siguientes circunstancias:

1º)— Las emociones morales agradables, el terror y el sentimiento religioso muy desarrollado, condiciones que constituyen poderosos medios de curación de las enfermedades nerviosas en general y de la hemiplejía histérica en particular. Basta leer el libro de Carré de Montgeron "La vérité des Miracles de Saint-Médard", para apreciar el gran número de hemiplejías histéricas, allí consignadas, que curaron súbitamente cuando los enfermos se aproximaban o estaban a la vista del cementerio de Saint-Médard.

Briquet dice que conoce muchos ejemplos de curaciones espectaculares de parálisis histéricas acaecidas, sea en el último día de una novena, sea con el contacto de una reliquia;

2º)— El restablecimiento de la menstruación que estaba suprimida o se verificaba imperfectamente, tiene también una grande influencia sobre la desaparición de la hemiplejía histérica.

3º)— La sustitución de la hemiplejía por otros fenómenos histéricos poco llamativos.

La miastenia y la anestesia pueden desaparecer al mismo tiempo, o bien reaparecer primero la sensibilidad y después el movimiento, si bien no hay nada de preciso ni fijo a este respecto.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico de la hemiplejía histérica es habitualmente fácil, sobre todo si se toma en consideración el conjunto de fenómenos concomitantes característicos de esta neurosis que pueden comprobarse en el enfermo.

Antes de proceder al examen local, se debe indagar antecedentes que, por sí solos, pueden ponernos en la vía del diagnóstico. ¿Cuál ha sido el carácter del enfermo desde su infancia? ¿Ha experimentado últimamente cambios en su modo de ser? ¿Se ha vuelto impresionable o irritable? ¿Ha sufrido, antes del ataque de sus nervios, aquinesias o anestias en otras partes de su cuerpo, o ha presentado otros fenómenos histéricos?

Una vez dilucidados estos puntos, se tomará informes sobre la manera cómo se presentó la hemiplejía y cuáles fueron sus fenómenos precursores.

Como la hemiplejía es susceptible de aparecer a consecuencia de algunas otras afecciones, no resultará exagerado establecer las siguientes generalidades, que ayudarán considerablemente para el diagnóstico diferencial.

1º)— En la mayor parte de hemiplejías histéricas, se conserva algo de movimiento en los miembros paralizados y la contracción muscular no está totalmente abolida, excepto en un número restringido de casos.

2º)— La hemiplejía histérica, en oposición a las de otra naturaleza, es inestable, sujeta a oscilaciones, y se acompaña casi siempre de anestesia cutánea en los miembros paralizados.

3º)— En la gran mayoría de los casos de hemiplejías histéricas, los músculos paralizados se contraen bajo la influencia de una corriente eléctrica cuyo paso a través del cuerpo no es advertido por el enfermo.

En casos que los datos precedentes no basten para establecer el diagnóstico y subsistan dudas, se encontrará en los caracteres de cada especie de parálisis, esos medios para diferenciarlos.

Consideremos primero la hemiplejía sintomática de una hemorragia cerebral, y tratemos de indicar los puntos más salientes que la diferencian de la hemiplejía histérica. Ante todo, no existe hemiplejía histérica que se desarrolle súbitamente y se acompañe de tal pérdida de conocimiento que

permita confundirla con la que depende de una hemorragia cerebral. La pérdida de conocimiento en el ataque histérico, cuando existe, no es de larga duración; ofrece el aspecto de un sueño apacible, y la facies aleja toda idea de sufrimiento; los enfermos recobran rápidamente su inteligencia, conversan y tienen perfecta conciencia de su estado, sin haber presentado durante el ataque ni la respiración estertorosa, ni el fenómeno de estupor y de sorpresa que raramente faltan en la hemorragia cerebral, aún la más ligera. La parálisis facial, que es la regla en la apoplejía cerebral es, al contrario, excepcional en la hemiplejía histérica. Los músculos de la lengua están también respetados; a lo sumo se encuentra anestesia lingual. La pérdida de los movimientos es raras veces completa; los enfermos pueden contraer ligeramente, sea el miembro superior, sea —con menor frecuencia—, el miembro inferior. En la hemiplejía cerebral, a la inversa, la pérdida de los movimientos es, desde el principio, absoluta y los miembros paralizados caen pesadamente cuando se los levanta, aún cuando más tarde comiencen a aparecer algunas modificaciones a este respecto.

Por último, aunque la hemiplejía histérica perdure algún tiempo, no se encuentran ni el enflaquecimiento ni el edema que aparecen más o menos rápidamente en el curso de las hemiplejías cerebrales.

Para establecer el diagnóstico diferencial entre la hemiplejía histérica y la que depende de un reblandecimiento

o un neoplasma cerebral, se debe tomar en consideración especialmente los antecedentes y la marcha de la enfermedad. La cefalalgia intensa, circunscrita sobre todo a un punto, los vértigos epileptiformes, los vómitos frecuentes, las parálisis facial o de los órganos de los sentidos, son signos que se presentan cuando existe un tumor cerebral.

El reblandamiento cerebral ocurre rara vez en personas jóvenes y se acompaña de cefalalgia intensa, debilitamiento de las facultades intelectuales, pérdida de la memoria, dificultad para expresarse, a veces delirio, bien sea locuaz o agitado o tranquilo; en fin, la hemiplejía, siempre bien marcada, coincide con una parálisis facial completa o incompleta, acompañada de hiperestesia, hecho sobre el cual han insistido muchos autores.

La parálisis saturnina no adopta la forma hemipléjica; tiene cierta predilección por los músculos extensores, a los cuales afecta con mayor intensidad que a los flexores y además, la corriente farádica, si bien es advertida en profundidad, no provoca ninguna contracción de los músculos aún cuando éstos conserven todavía movimientos voluntarios bien pronunciados.

PRONOSTICO

El pronóstico de la hemiplejía histérica franca no es grave. Es raro que después de un tiempo más o menos prolongado no se logre su curación o por lo menos su mejoría.

No obstante, no se debe confiar siempre en un pronóstico absolutamente benigno, ya que hemos visto que la hemiplejía puede desaparecer sin causa apreciable y después instalarse nuevamente. De ocho enfermos observados por Briquet cuyas parálisis se mantenían curadas algunas semanas y también muchos años, tres sufrieron la reaparición de accidentes hemipléjicos en reiteradas ocasiones, siempre del mismo lado.

M. Sandras piensa que la hemiplejía consecutiva a la histeria franca, es mucho más difícil de manejar y curar que la que se desarrolla en sujetos linfáticos o cloroanémicos, cuya constitución es susceptible de ser modificada. Briquet comparte esta opinión.

La existencia de lesiones uterinas crónicas modifica ligeramente el pronóstico, y antes de atender a la parálisis, se debe procurar hacer desaparecer las lesiones de los órganos genitales que, por la irritación que sufren, mantienen y exasperan la excitabilidad del sistema nervioso. Además, cuando en el curso de la hemiplejía se presentan complicaciones, el pronóstico es menos favorable. La abolición completa de los órganos de los sentidos y los fenómenos por parte de la vejiga o del recto, son signos ominosos porque no son trastornos habituales en la parálisis histérica. Pero aún así en tanto que la hemiplejía persista, no se debe desesperar, pues siendo

la histeria esencialmente proteiforme, la curación puede sobrevenir cuando menos se lo espera.

TRATAMIENTO

Múltiples y diversos tratamientos, algunos muy raros, se han preconizado sucesivamente contra la parálisis histérica. Sería supérfluo enumerar los diversos procedimientos terapéuticos consignados por todos los autores, desde la flagelación y los golpes con una vara de hierro que curaban a los paralíticos del Cementerio de San Medardo, hasta el magnetismo animal propuesto por Macario.

Algunos autores, preocupados por el estado general del sujeto, dirigen sus esfuerzos contra la histeria misma, refiriendo así el síntoma parálisis a la causa primaria; otros, sin despreocuparse de la histeria, atacan de preferencia a la parálisis. Nosotros creemos que esta última manera de actuar es más racional que la primera, sobre todo si se complementa la terapéutica con algunos procedimientos morales. Por eso nos ocuparemos ante todo del tratamiento moral, y después del tratamiento curativo, que será ádividido a su vez en general y local.

TRATAMIENTO MORAL.— La mayor parte de los autores han notado la beneficiosa influencia de los métodos morales, si bien en la ciencia reina aún grande confusión a este respecto, pues los unos atienden preferentemente a estos procedi-

mientos en tanto que los otros los descuidan. Las especulaciones que hemos hecho relativamente a la naturaleza de la afección, nos permiten decir que la hemiplejía reconoce por causa una perversión de la voluntad, por la cual, si los enfermos no caminan es porque ellos se exageran a sí mismos su enfermedad o porque la simulan por interés o capricho; y en estos casos nos parece que los métodos morales adquieren una importancia capital.

Es imposible trazar por adelantado ninguna norma de conducta a este respecto; es la sagacidad desplegada por el médico en toda circunstancia, que le permitirá elegir los procedimientos más apropiados.

A los melancólicos y abatidos, les prometerá la curación, les aparenterá una medicación activa pero pondrá todos sus esfuerzos en levantar su moral debilitada. Que se guarde, sobre todo, de denominar imaginativos a los pacientes que se le confíen, pues menospreciando sus quejas, aumentará la desesperación de estos infortunados que se considerarán abandonados por el médico.

A aquellos que simulan su enfermedad, les hará comprender que no hay ninguna duda respecto a su superchería, y se abstendrá, al mismo tiempo, de todo tratamiento, pues si este fracasa se acentuará la obstinación del enfermo.

Por último, el médico no debe perder de vista que una de las principales condiciones para el buen éxito reside en el estudio exacto de la moral del sujeto, ya que es allí donde reside la causa íntima de la afección.

Este tratamiento moral no puede aplicarse a todos los casos, y, naturalmente, resultaría inútil cuando la parálisis se debe a un verdadero debilitamiento muscular. Estos casos de parálisis auténticas reclaman medios terapéuticos físicos que, según lo he dicho más arriba, pueden ser generales o locales, de acuerdo a la decisión que se tome en atacar de preferencia a la enfermedad principal o a su síntoma.

TRATAMIENTO GENERAL.— Los medios terapéuticos generalmente debe dirigírselos contra los factores causales capaces de provocar crisis de histeria, o dar lugar a estados nerviosos, y contra la enfermedad primaria.

La indicación causal exige —en los casos en que el estado mórbido del sistema nervioso puede atribuírselo positivamente a enfermedades de los órganos genitales—, que se practique un tratamiento apropiado de los infartos, úlceras, flexiones y otras lesiones del útero o de los ovarios. Si los enfermos son cloroanémicos, la indicación básica debe ser atender al mejoramiento de la composición de su sangre por medio de preparaciones ferromangánicas y cualquier otro tratamiento apropiado.

Es necesario que se busque reparar las anomalías de nutrición del sistema nervioso, del cual depende la parálisis histérica; pero desgraciadamente no existen métodos que cumplan directamente esta indicación; de allí lo insegura de esta terapéutica. A falta de medios directos y racionales, debe actuarse con las medicaciones cuyo uso ha sancionado la experiencia.

A la cabeza de estos medicamentos está la hidroterapia, que puede ser aplicada bajo la forma de baños tibios prolongados, en los enfermos que sufren ataques convulsivos, violentos y frecuentes, o de abluciones frías, en los pacientes tranquilos y tórpidos. En la hidroterapia se incluyen los baños de mar, casi siempre muy beneficiosos.

Cualquiera que sea el método que se adopte, debe continuárselo durante largo tiempo, pues los efectos de este tratamiento dependen de la modificación lenta que logre imprimir a la nutrición.

Los agentes farmacéuticos más eficaces son el bromuro de potasio, en dosis progresivamente crecientes, y el arsénico, bajo la forma de arseniato de hierro o de una agua arsenical, cloruro-sódica, como la de La Bourboule o de Mont-Doré.

Junto a las medicaciones precedentes, pero de menor eficacia, se sitúan los agentes antiespasmódicos, entre los cua-

les el más útil es la valeriana, sobre todo cuando los desórdenes nerviosos se marcan por astenia y falta de actividad cerebral.

Una alimentación tónica, la permanencia en el campo, la vida al aire libre, el ejercicio físico mientras las fuerzas lo permitan, y la prohibición de lecturas que exaltan la imaginación, completan todo lo que nosotros podemos decir acerca del tratamiento de la enfermedad en general.

Llegamos ahora a los medicamentos que han sido recomendados contra la parálisis misma. El opio a dosis alta (1, gr. 25, ext. aq. por día) ha sido empleado por Gendrin; desgraciadamente la experiencia no ha confirmado sus expectativas, y con cierta razón Sandras se ha pronunciado contra este medicamento, que lo califica de ineficaz y peligroso. El sulfato de quinina, propuesto por Macario, no ha logrado buenos éxitos. Por lo demás, es difícil concebir qué acción beneficiosa puede tener el sulfato de quinina contra la parálisis histérica. La estriknina ha sido administrada en diversas formas por numerosos observadores, que han obtenido algunos éxitos con su empleo. Nosotros pensamos que se debe ser muy sobrio con este medicamento de efectos peligrosos, y que puede ser ventajosamente reemplazado por los agentes exteriores que vamos a enumerar.

El más eficaz de estos agentes es la faradización. Todos los autores están acordes en cuanto a su eficacia. Paul Leroy

d' Etiolles, lo ha empleado nueve veces solo, y dos asociado a la estrícina, y no ha tenido más que un fracaso. Los informes de M. Duchenne y de Briquet son aún más favorables. ¿Cómo se debe practicar la faradización eléctrica cuando se la aplica al tratamiento de la hemiplejía histérica?

La primera sesión se la destinará a habituar a los enfermos a las sensaciones eléctricas, empezando por dosis muy débiles, pues la excitación nerviosa es de tal manera extraña y anormal que puede provocar un ataque convulsivo en las personas no habituadas a soportarla.

En general, la faradización muscular de rápida intermitencia es la que mejor conviene para el tratamiento de la hemiplejía; pero como hay muchos pacientes que no pueden soportar este tipo de corriente, por débil que sea su intensidad, creemos, con M. Duchenne (de Boulogne), que es preferible comenzar con corrientes poco fuertes, cuyas intermitencias sean bastante distanciadas entre sí, y aumentarlas gradualmente a medida que el enfermo se habitúe a su fuerza y sus intermitencias.

La excitación eléctrica debe hacerse sobre cada uno de los músculos paralizados, sin dejar de estimular al mismo tiempo los troncos nerviosos y los puntos de la piel que corresponden a la superficie muscular, porque en muchos casos

ha bastado una simple faradización cutánea para producir la curación de las parálisis de la sensibilidad y motilidad.

Un precepto que no se debe olvidar es el de humedecer suficientemente la piel y los reóforos; de otro modo la faradización no llegaría hasta los músculos, y actuaría solamente en la piel.

Una vez lograda la curación, la prudencia exige que se continúe faradizando de tiempo en tiempo los músculos que estuvieron paralizados. De esta manera, según lo anota Gendrin, se evitan las posibilidades de recaídas.

OBSERVACION I

Hemiplejía histérica derecha (Hospital de la Pitié,
Servicio de M. Gallard)

María Durandean, de 45 años, costurera, nos da los datos siguientes respecto a sus antecedentes. Su menstruación se estableció a los 14 años, regular y abundantemente; no obstante, su salud dejaba que desear; sufría jaquecas y dolores neurálgicos que hacían su carácter sombrío y sobre todo muy variable; reía y lloraba alternativamente con pretextos de los más fútiles.

Se casó a los 20 años, quedó encinta y dió a luz antes de término a un niño que no sobrevivió.

Desde su matrimonio se agravó su estado y se acentuaron sus fenómenos nerviosos, y, conviviendo con su marido en la más perfecta inteligencia, comenzó a experimentar verdaderas crisis caracterizadas por una sensación de constricción en el epigastrio, acompañada de una bola que desde este punto ascendía hacia la garganta y la ahogaba. Estos fenómenos la obligaban a detenerse y tomar un punto de apoyo sólido en los objetos más cercanos, pues de no hacerlo, caía al suelo, sin que nunca hubiera perdido el conocimiento. Esta crisis duraba un minuto y desaparecía sin dejar rastro, para reaparecer cuatro, cinco o seis veces en el mismo día. El estado de la enferma se agravó a medida que avanzaba en edad, y las crisis se hicieron más frecuentes, no obstante un tratamiento tónico y antiespasmódico instituido por un médico. Durante todo este período la enferma sufría dolores erráticos, palpitaciones, zumbidos de oídos, en una palabra, tenía todos los signos de la cloroanemia, que se exasperaban en cada época menstrual.

Estando la enferma con sus reglas, tuvo que atender a su marido, que falleció a causa de viruela. A consecuencia de la emoción que le produjo esta desgracia, sus reglas se suspendieron bruscamente, y quedó sumida durante algunos días en un profundo estado de torpeza intelectual y de inacción. Cuando se recuperó, la paciente se dió cuenta que su costado derecho estaba muy debilitado, sin que supiera desde cuando. Su brazo le parecía muy pesado, su mano no

podía manejar la aguja ni utilizar la pluma para escribir. Cuando intentaba caminar, su marcha era dificultosa, insegura, y al apoyar su pie derecho en el suelo le parecía que caminaba sobre caucho.

En su costado izquierdo nada anormal, salvo ligera pesadez del pie.

La enferma luchó durante algún tiempo contra su mal; continuó trabajando lo mejor que podía hacerlo, pero agotados sus últimos recursos se vió precisada a entrar al hospital en el Servicio de M. Lorain, en Abril de 1872, donde fué tratada con baños sulfurosos, bromuro de potasio, vino de quina y faradización. Salió de alta en Agosto, y habiendo comenzado a experimentar los buenos resultados del tratamiento, pudo irse al campo. A poco la enfermedad se reactivó y la obligó a regresar, siendo admitida en el mismo hospital en el Servicio de M. Gallard, el 26 de Octubre de 1872.

He aquí su estado:

La enferma está discretamente enflaquecida. No tiene fiebre, conserva buen apetito, digestiones fáciles; alternativas de constipación y diarrea.

Nada anormal en los aparatos circulatorio y respiratorio. La enferma, que ha sufrido varias caídas, no se aventura a caminar, pero exigiéndole que luche contra esta preocupa-

ción, consigne hacerlo y entonces se percibe fácilmente que su fuerza muscular está casi totalmente perdida, tanto en el miembro inferior como en el superior. La analgesia es poco menos que absoluta en el lado derecho, pero la sensibilidad térmica se conserva por entero, y el frío afecta penosamente a la enferma. La sensibilidad muscular, abolida a la derecha, está algo embotada a la izquierda. El ojo derecho no puede distinguir los caracteres de imprenta ni los objetos pequeños, debilidad de la vista que comenzó junto con su enfermedad.

La tonicidad del esfínter de la vejiga parece disminuída: cuando tose la enferma pierde orina.

TRATAMIENTO.— Vino de quina, bromuro de potasio, hidroterapia, faradización. Bajo la influencia de las corrientes los músculos se contraen y la enferma experimenta cierta mejoría en su estado.

OBSERVACION II

Hemiplejía izquierda en una señorita histérica. Paraplejía y anestesia completa sobrevenidas en el curso de la enfermedad. (Hospital de la Pitié Servicio de M. Lasegué).

R., costurera, de 18 años, menstruó por primera vez a los 14 años. Los períodos se produjeron regularmente durante

7 a 8 meses, y después cesaron completamente: apenas si en cada época aparecían mínimas cantidades.

En su infancia, y hasta los 13 años, la enferma había sufrido movimientos desordenados en sus miembros atribuidos a corea, que fué tratada con buen éxito por medio de hidroterapia.

A los 13 años, después de la desaparición de la danza de Saint-Guy, fué atacada de convulsiones, que se presentaron frecuentemente, por lo menos dos veces por mes. Estos ataques eran precedidos de sensaciones penosas, pesadez en el epigastrio o bola que parecía ascender hasta la garganta. La joven se apercibió que su carácter había cambiado y unas veces reía y otras lloraba. Durante los ataques la enferma jamás perdió el conocimiento, aunque las convulsiones eran, a veces, tan violentas que se requería muchas personas para contenerla.

Estos fenómenos duraron hasta los 14 años, en que apareció la menstruación. Bajo la influencia de un tratamiento dirigido por M. Fournier contra la anemia, cuyos signos eran visibles en la enferma, sus ataques se suspendieron durante ocho meses, y durante todo este tiempo la enferma notó mayor regularidad en sus períodos; después, a consecuencia de una intoxicación por opio, fué nuevamente atacada de convulsiones más acentuadas que las que había sufrido hasta entonces

Desde allí las reglas no se han presentado. La enferma nota al mismo tiempo cierto grado de insensibilidad del lado izquierdo que existe también, pero en menor grado, en el derecho.

Eventualmente tiene incontinencia de orina. Los movimientos están conservados. En mayo de 1871 después de un susto violento, la enferma fué atacada de una hemiplejía izquierda, que comenzó por la pierna y no tardó en alcanzar el brazo del mismo lado. En esta época sus ataques convulsivos eran reiterados, pero sin pérdida de conocimiento. Ingresó entonces a Lourcine, donde permaneció ocho meses tratada con tónicos, hidroterapia y electricidad. Bajo la influencia de este tratamiento se produjo una mejoría notable. El brazo recuperó casi todos sus movimientos hasta que un día, deseando caminar, no obstante habérselo prohibido el médico, al bajar las escaleras —que ella no las percibía bien—, sufrió una caída, a consecuencia de la cual la pierna derecha quedó también paralizada, pero en menor grado.

Descontenta con la asistencia del Hospital, la enferma salió en uno de los primeros meses de 1872 con su brazo completamente curado, las dos piernas paralizadas e insensibilidad general y absoluta.

Desde esta época no tuvo más crisis histéricas, pero viendo que su mejoría no progresara, decidió volver al hospital

siendo admitida en el servicio del Profesor Lasegué en Junio de 1872.

He aquí su estado: No hay enflaquecimiento; la piel y mucosas aparecen descoloridas.

Los movimientos están completamente abolidos en los miembros inferiores; no hay contracturas. Analgesia y anestesia térmica muy pronunciadas. Abolición de los reflejos.

Vómitos frecuentes precedidos de gastralgia.

Palpitaciones, zumbidos de oídos, cefalalgias, soplos anémicos, y de tarde en tarde sensación de aturdimiento.

Anestesia vaginal; abolición del sentido del gusto, lengua insensible; trastornos ligeros y pasajeros de la visión. Inteligencia bien conservada.

En Diciembre la parálisis reapareció en el brazo izquierdo sin ningún fenómeno de contractura.

TRATAMIENTO.— Hidrato de cloral, duchas frías y electricidad.

OBSERVACION III

Hemiplejía histérica izquierda

Francisca B., niña de 19 años, tejedora, residente en Lyon, ingresó al hospital el 30 de Julio de 1867. Temperamento linfático.

A la edad de 10 años, esta muchacha sufrió de corea que le duró dos semanas y cedió con el empleo de grandes baños, después de lo cual continuó disfrutando de buena salud hasta los 18 años de edad. En esta época, a consecuencia de profundos sufrimientos, comenzó a experimentar síntomas de histeria: zumbidos de oídos, vértigos, convulsiones, etc., y hace dos meses, crisis violentas y hemiplejía. Desde entonces se le ha suprimido la menstruación. Cuando entró al hospital, Francisca presentaba anestesia completa de los tegumentos de la mitad izquierda del cuerpo: cara, tronco y miembros. El brazo y pierna izquierdos sufrían un debilitamiento muy marcado; los músculos de la cara, al contrario, estaban indemnes; la lengua no estaba desviada, la palpación y masticación eran normales; las contracciones musculares se conservaban intactas, pero la sensibilidad electro-muscular estaba disminuída en el brazo y pierna izquierdos; no obstante la anestesia de los tegumentos de la cara, la faradización le producía allí un vivo dolor.

TRATAMIENTO.— Grandes baños, electrización y antiespasmódicos.

OBSERVACION IV

Hemiplejía sobrevenida súbitamente en el lado izquierdo
(Tomada de la tesis del Dr. Lebreton)

M., de 30 años, lavandera, buena constitución; no ha sufrido enfermedades graves; habría tenido en su mocedad

ataques de histeria pero que, según ella, no han reaparecido desde hace 10 años. No obstante, la enferma tiene un carácter muy impresionable, llora fácilmente y con frecuencia tiene sensación de constricción en la garganta. No tiene sífilis ni ha sufrido dolores reumáticos; los mismos datos negativos en sus antecedentes familiares. Entró al Hotel-Dieu el 22 de Marzo de 1868. Dos meses antes esta mujer fué presa bruscamente, después de la comida de la tarde —fuera de la época de sus reglas—, de angustia, náuseas y vómitos. Se acostó confiando que el malestar se le disiparía, pero al cabo de pocas horas tuvo que levantarse, apercibiéndose entonces de que su lado izquierdo del cuerpo estaba paralizado. Fué transportada a la Charité, egresando tres semanas después sin poderse servir ni de sus manos ni de sus piernas.

Cuando entró al Hotel-Dieu la hemiplejía era completa. No había parálisis facial, cefalalgia ni dolores en la cintura; los órganos de los sentidos no presentaban anestesia. La marcha era posible aunque dificultosa; el brazo izquierdo estaba en semiflexión ligeramente contraído, lo mismo que los dedos de las manos. No podía realizar movimientos con sus miembros izquierdos que, sin embargo, conservaban sensibilidad. No había parálisis de la vejiga ni del recto. Tampoco dolor raquídeo. Su estado general era excelente.

Tratamiento tónico y baños sulfurosos. De tiempo en tiempo sobrevinieron dolores lancinantes en los miembros

paralizados, como se observa en los músculos que van a recuperar sus funciones. Efectivamente, la marcha se volvió fácil al cabo de poco tiempo; la enferma no arrastraba sus piernas, salvo cuando se emocionaba demasiado. Los movimientos reaparecieron en el brazo izquierdo. La enferma continúa en tratamiento.

OBSERVACION V

Hemiplejía derecha. Anestesia del lado derecho. Afonía
Curación de la parálisis de la motilidad. Persistencia
de la anestesia. (Tomado de la tesis del Dr. Lebreton)

**X, de 25 años, Hospital Necker, Sala Santa Eulalia,
Nº 23.**

Ataques de histeria muy frecuentes desde hace largo tiempo. Menstruaciones normales. La enferma fué atacada bruscamente de hemiplejía derecha, sin pérdida de conocimiento ni parálisis facial.

Durante su permanencia en el hospital, esta mujer presentó por momentos afonía completa, que a veces duraba dos a tres días, y una vez menos de 24 horas. Esta afonía sobrevinía después de los ataques.

La pérdida de los movimientos es absoluta. Anestesia completa en la pierna, incompleta en el brazo. Funciones orgánicas intactas.

Tratamiento tónico e hidroterapia. El brazo fué el primero en recuperar movimientos al cabo de dos meses; la motilidad reapareció en la pierna, lenta y progresivamente a los seis meses.

La sensibilidad se ha modificado con tal lentitud, que al cabo de 8 meses la anestesia está apenas atenuada. La exploración de la sensibilidad, fué practicado por M. Boulay cuando reaparecieron los movimientos, tomando la precaución de vendarle los ojos a la enferma, y dió los resultados siguientes: inconsciencia de los movimientos pasivos practicados en una articulación la más vecina del tronco, a la cual se le imprimió los movimientos de flexión y extensión. Anestesia cutánea coincidiendo con la persistencia del sentido muscular. Así, los objetos no eran reconocidos en sus detalles pero sus pesos eran exactamente apreciados.

Esta mujer salió del hospital al cabo de ocho meses. La parálisis desapareció, los movimientos eran fáciles, pero la anestesia persistía. Después no se pudo continuar observando a la enferma.

OBSERVACION VI

Gazette Médicale, 1857

Una mujer de 30 años, jornalera, entró al hospital en el servicio de M. Vigla el 17 de Agosto; había sido atacada

de parálisis de uno de sus miembros superiores y afonía completa; en el aparato respiratorio se manifestaron síntomas muy graves, en apariencia, y la respiración estaba muy acelerada. Tenía grande ansiedad y fiebre. M. Vigla creyó en un principio que se trataba de una alteración orgánica que tenía su asiento en la vecindad del octavo par, en uno de sus puntos cuyas alteraciones son muy graves. Pero al cabo de dos días, los fenómenos disnéicos persistían: la parálisis no había aumentado ni en intensidad ni en extensión y la voz permanecía alterada.

M. Vigla pensó entonces que la afonía y la parálisis podrían ser de origen histérico e independientes de afección orgánica. Investigando en los antecedentes de la paciente se encontró que, desde el comienzo de su enfermedad, experimentaba la sensación de una bola que le ascendía hasta la garganta; después se supo que esta era la tercera vez que ella sufría accidentes similares. La primera fué en Junio de 1843, a consecuencia de una emoción, quedando entonces con su brazo derecho paralizado e incapacitada para hablar. En 1849, se produjo otro ataque con parálisis de todo el lado izquierdo; y por último, en Agosto de 1870, punzadas en ese costado y sofocaciones. Al día siguiente de su entrada al Hotel Dieu, su brazo estaba nuevamente afectado.

TRATAMIENTO.— Valeriana, asafétida en lavados, almizcle, castoreo.

Esta mujer aseguró no haber sufrido ataques de nervios desde hacía 10 años en que sufrió gastralgia; habitualmente tenía menstruaciones deficientes, que se normalizaron desde que aparecieron los ataques.

**PREGUNTAS SOBRE LAS DIVERSAS RAMAS
DE LAS CIENCIAS MEDICAS.**

Anatomía e Histología normales.— De los huesos de los miembros superiores.

Fisiología.— De los movimientos reflejos.

Física.— Barómetro; efectos de la presión atmosférica sobre el hombre; ventosas.

Química.— Acidos, su constitución y definición de los ácidos mono, bi y polibásicos.

Historia Natural.— ¿Qué es un paquidermo? ¿Cómo se los divide? ¿Qué productos proporcionan para el arte de curar?

Patología Externa.— Pseudoartrosis consecutivas a las fracturas.

Patología interna.— De la fiebre continúa.

Patología general.— De la predisposición mórbida.

Anatomía patológica.— Alteraciones de la orina.

Medicina operatoria.— Operación de la pupila artificial; comparación de los procedimientos por desplazamiento, incisión o enclavamiento.

Farmacología.— Sobre la destilación; aguas destiladas o hidrolatos; ¿Cómo se los obtiene? ¿Qué alteraciones pue-

den sufrir y cuáles son los medios empleados para prevenirlas?

Terapéutica.— Absorción de los medicamentos.

Higiene.— Ejercicio muscular.

Medicina legal.— Valor de las experiencias fisiológicas para constatar la presencia de venenos.

Obstetricia.— Palpación abdominal; su valor como medio diagnóstico del embarazo, de las presentaciones y posiciones.

Vista por el Presidente de la Tesis,

A. BOUCHARDAT, Presidente

**Autorizada su impresión,
El Vice-Rector de la Academia de París,**

A. MOURIER



THÈSE POUR
LE DOCTORAT

616
CORO

B.N.

J. CORONEL