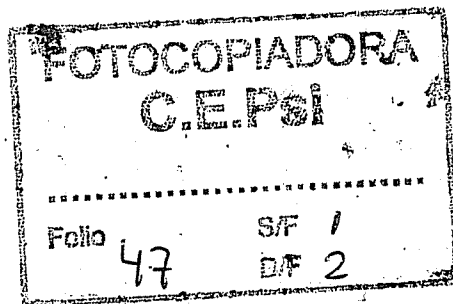


EN SAURI, J. (COMP.) LAS HISTERIAS.
BUENOS AIRES: NUEVA VISION, 1973.
ARTICULO ORIGINAL DE 1887-8



Jean-Marie Charcot

GRAN HISTERIA O HISTERO-EPILEPSIA

(Una enferma llevada sobre una camilla es introducida en el aula.)

Charcot: Esta es una enferma que ustedes ya han visto el viernes pasado.

A consecuencia de una caída ha sufrido una contractura del miembro inferior derecho, y quedó con una deformación que la hace renquear.

Es muy frecuente que una histérica sufra una contractura como secuela de un traumatismo. Importa ahora saber qué se puede hacer en tal caso.

Les he dicho ya que en cuanto se ve aparecer la contractura histérica es menester intentar eliminarla.

En este caso nos hemos apartado un poco de la regla, pues hemos esperado tres o cuatro días. Ya les he dicho por qué razones hemos cometido esta infracción. En enfermas como esta mujer es muy fácil, en general, provocar un ataque, y en ciertas circunstancias el ataque constituye una especie de recurso terapéutico. Es frecuente que como resultado de un ataque provocado se produzca un cambio visible y que una contractura que se presentaba como irreductible y de duración indefinida, desaparezca bajo el efecto de ese ataque. Se preguntarán ustedes si semejante práctica no es en cierto modo inmoral. Por cierto que no, afirmo, si se logra eliminar un mal local contra el cual se era impotente.

Ya les he hecho ver que existe correspondencia entre los fenómenos de histeria local que, como éste, tienen una duración

de cinco o seis meses y las crisis nerviosas. Las personas que tienen ataques no suelen presentar contracturas; en ellas las contracturas no existen. En razón de esta doctrina enunciada ya muy acertadamente por Pito, creemos necesario aprovechar la existencia de puntos histerogénicos para provocar, en un momento dado, un ataque.

Y esta enferma nos servirá para demostrar lo que acabo de decirles. Debo advertirles, sin embargo, que si bien estoy casi seguro del resultado, los hechos concernientes al organismo no son tan precisos como los de la mecánica y no debería sorprender que fracasara la operación. Se dice que las experiencias con animales realizadas en público no resultan tan bien como en el laboratorio, y esto es mucho más cierto aun en lo referente a las experiencias clínicas que realizamos aquí, y aunque fallarán nuestros propósitos, ustedes no habrían dejado de aprender algo.

Esta enferma tiene un punto histerogénico en la espalda, otro bajo el seno derecho y otro en un miembro inferior. Es éste el que vamos a aprovechar.

Si el ataque se produce de acuerdo con lo previsto procuran percibir todas sus fases, cosa nada fácil por cierto, y que a mí mismo me costó muchos años lograr.

Heredé hace quince o veinte años este servicio, cuyo jefe fue Delasiauve, quien lo dirigía muy bien, y desde los primeros momentos he sido testigo de ataques hístico-epilépticos semejantes. Yo procedía con la mayor circunspección en mis diagnósticos pues no podía comprender que tales hechos no figuraran en los libros. Pensaba cómo me arreglaría para poder describirlos tal como se presentaban al natural. En ese momento sólo veía confusión, y la impotencia a que me veía reducido me causaba cierta irritación. Pero un día, por una especie de intuición, me dije que al fin y al cabo se trataba siempre de lo mismo, y llegué a la conclusión de que me encontraba ante una enfermedad especial: la histeria mayor. Esta enfermedad comienza por un ataque epileptoide muy poco diferente del verdadero ataque epileptico y que se ha dado en llamar la enfermedad hístico-epiléptica, aunque nada tenga de común con la epilepsia.

La fase epileptoide se subdivide en un período tónico y un

período clónico; luego sobreviene el silencio y la fase de los grandes movimientos, con sus dos aspectos principales: los saludos y el arco circular. En esta fase dominan sea el arco circular, sea los saludos. Se pasa por último a una tercera fase: de golpe, se ve a la enferma mirando una imagen figurada, alucinación que varía según las circunstancias. Tan pronto da muestras de terror como de alegría, según que el espectáculo que crea tener delante sea espantoso o placentero. Ustedes ya conocen este cuadro, y la enferma adormecida que vieron hace unos días ha podido darles una idea del hecho. Cuando la toqué en la región ovárica vieron que dejaba la cama, se precipitaba a ese rincón y pronunciaba palabras indicadoras de un terror enorme. Pero lo que necesitamos es ver cómo se desarrolla el ataque. Les hago esta advertencia desde ya, para que puedan observar lo que es realmente importante, aunque, insisto, es muy difícil ver todo esto como corresponde. Deseo mostrarles que no hay una sucesión de ataques que pasan, sino un ataque que se desarrolla. Advertirán ustedes que estoy empleando el método de los tipos. El tipo contiene lo más completo que hay en la especie. Luego, tal como acontece en todas las enfermedades nerviosas, es necesario aprender a discernir el tipo correspondiente. El período epileptoide puede faltar, y el ataque comienza bruscamente por los grandes movimientos, los saludos y el arco circular. A veces pueden faltar los grandes movimientos y entonces todo comienza con las alucinaciones y el ataque sobreviene enseguida. Existen unas veinte variedades, pero si conocen la clave reconstruirán rápidamente en la mente el tipo correspondiente, y al cabo de un tiempo también se dirán que a pesar de la inmensa variedad aparente de fenómenos, se trata siempre de lo mismo.

Pues bien, aquí tenemos el pie contrahecho. En este caso no puedo asegurar que no lo haya movido durante todo el día y toda la noche, pero es muy probable que así sea. No se trata de un pie cuyo mal pueda sanarse en una noche, es un mal realmente fijo y no se trata de simulación alguna. Ustedes no ignoran que la manía de la simulación es uno de los principales obstáculos en neuropatología.

(El interno toca el punto histerogénico ubicado bajo el seno izquierdo e inmediatamente comienza el ataque.)

Charcot: Aquí tenemos el período epileptoide.

Período epileptoide, arco circular, saludos. Como ven el arco circular es bastante pronunciado. Vean ahora el período de actitudes pasionales mezclado hasta cierto punto con el período de arco circular; enseguida verán un ataque de contractura que, en parecidas circunstancias, se produce a veces de modo tal que, si quedara así, no hubiéramos progresado mucho.

Ahora recomienza el período epileptoide con sus dos fases: la primera es la fase de los movimientos tónicos, la segunda la de los movimientos clónicos. Pueden apreciar cómo se asemeja a la epilepsia.

Veamos si la enferma es ovárica.

(Se hace presión sobre la región ovárica.)

Si le hacen esto a una epiléptica no se producirá ninguna modificación, con lo que se demuestra la diferencia existente entre la histero-epilepsia y la epilepsia. La epilepsia no depende de circunstancias ováricas, a diferencia de lo que sucede en este caso. Ustedes pueden advertir que el ataque se interrumpe bajo la influencia de la presión.

¿Es verdad, o no, que la compresión del ovario produce el cese del ataque? En los libros que presumen de bien informados se puede leer que tal hecho no ocurre. Alguien dirá que se ignora en Inglaterra y que tampoco se conoce en Alemania. Quiénes lo afirman gustan de hacer generalizaciones apresuradas. Pero desde el momento que el hecho existe en París se puede suponer que también se produce en otras partes. Vamos a interrumpir la compresión y verán que enseguida se reanuda el ataque con las mismas características. Ahora comienza el período epileptoide. En el extranjero suele llamarse a esto epilepsia. Los que creen que es epilepsia no pueden entenderse con nosotros, que denominamos a este período histero-epilepsia o histeria mayor. Observen ahora el arco en círculo, su mecanismo y regularidad. Se trata siempre de lo mismo.

La contractura persiste. Si no conseguimos su descarga, habrá que hacerlo de otra manera después del ataque y se tendrá entonces más probabilidades de éxito que si se la hubiera abordado de entrada sin provocar esta especie de saludable crisis nerviosa que podría prolongarse por mucho tiempo, ya que los ata-

ques histero-epilépticos se caracterizan por formar series que nunca terminan y que pueden durar todo el día.

Los enfermos quedan apenas fatigados al salir de su estado, característica que demuestra claramente que la histero-epilepsia no tiene relación alguna con la epilepsia. Cuando los ataques de epilepsia se van uniendo y forman series tan próximas entre sí que empalman unas con otras, tenemos lo que se llama estado de mal. El estado de mal epiléptico es un estado de mal de los más graves y suele tener un desenlace fatal. En la histero-epilepsia, en cambio, hay ataques que se suceden sin intervalo durante uno, dos, tres días, sin peligro para la enferma. Por lo tanto, el estado de mal histero-epiléptico no tiene el carácter grave del estado de mal epiléptico.

Acabamos de presionar nuevamente en un punto histerogénico y el ataque epiléptico se repite otra vez. La enferma a veces se muerde la lengua, pero no lo hace con mucha frecuencia y ahora, he aquí el famoso arco de círculo que se puede encontrar descripto en todas partes.

(La enferma grita de repente: —¡“Mamá, tengo miedo”!)

Observen las actitudes pasionales; si dejáramos que las cosas sigan su curso, volveríamos a encontrar el ataque epileptiforme.

Lo que se produce es una especie de resolución seguida de algo parecido a una contractura. Esto último sucede a veces como un fenómeno accesorio de los ataques.

(La enferma grita: “¡Ah, mamá!”)

Ven ustedes cómo gritan las histéricas. Mucho ruido y pocas nueces. La epilepsia, que es más grave, es mucho más silenciosa.

Ignoro cuál será el resultado de este intento, pero no me arrepiento de haberles mostrado un ataque más o menos típico. Es decir, un ataque con una fase epileptoide compuesta de dos partes: tónica y clónica, luego la fase de grandes movimientos... y enseguida la de actitudes pasionales, aquí de un solo tipo, el triste, fases seguidas de una especie de contractura.

Esta enferma estaba rígida hace un momento. En general no existe mucha rigidez pues las actitudes son totalmente reales, poses plásticas.

Hay aún una cuarta fase, más rara y que falta en nuestra enferma: es el período de delirio.

En este caso, luego de la fase de actitudes pasionales todo vuelve a comenzar y pueden hallarse series que se suceden unas a otras de modo tal que el ataque puede durar indefinidamente, dos, tres, seis días. La compresión del ovario no puede producir el resultado que no hemos visto sino en las enfermas ováricas. Pero todas no son ováricas. Yo acostumbro repetir la leyenda que se ha hecho de mí y sobre la cual ya me he explayado.¹ Resulta que yo sería el causante de las operaciones que se realizan en América, es decir, las ablaciones de ovario practicadas con motivo de la histero-epilepsia. Personalmente soy totalmente ajeno al hecho. Lo que afirmo verdaderamente es que hay enfermas que tienen un punto doloroso ovárico y que cuando ese punto doloroso existe, puede aprovecharse no para hacer cesar por completo el ataque, sino para detenerlo. Y contener el ataque no es precisamente curarlo, sino conseguir un poco de tranquilidad. Si aplicamos a esta enferma un aparato de compresión momentáneamente no tendrá más ataques, pero cualquier día será necesario sacarle el cinturón, puesto que no puede conservarlo indefinidamente, y entonces es posible que se reproduzca el ataque. La compresión del ovario es un medio preventivo, un medio útil para tener tranquilidad; en modo alguno es un recurso curativo. Si se le extirpa el ovario, no por eso se consigue la curación de la histeria. Por otra parte no hay que creer que sólo la compresión del ovario aquietamente los ataques. Los puntos histerogénicos tienen a veces la misma propiedad y todo depende del caso. Existen puntos espasmogénicos y también otros frenadores. La enferma tiene una placa histerogénica bajo el seno. Yo hubiera podido comprimir esta zona mucho más fuertemente que al querer provocar la crisis y el ataque habría sido detenido.

A nadie se le ocurriría extirpar un sector histerogénico para curar a una histero-epiléptica. Jamás afirmé pues lo que se me hace decir. No tengo nada que ver con las prácticas norteamericanas y me lavo las manos. Yo no ignoraba que existían mujeres histericas que eran ováricas y hombres histericos que eran testiculares; pero no todos los hombres histericos son testiculares ni todas las histericas son ováricas. Esta es la verdad y nunca dije

¹ Véase pp. 125 y ss.

otra cosa, pues no tengo la costumbre de adelantar nada que no sea experimentalmente demostrable. Saben bien que tengo por principio no tener en cuenta las teorías y sé prescindir de los prejuicios. Si desean ver las cosas con claridad es necesario que las tomen tal como son.

Parecería que la histero-epilepsia sólo existe en Francia, y hasta podría afirmarse, como se ha hecho a veces, que tan sólo en la Salpêtrière, como si yo la hubiera forjado por una decisión personal. Sería algo estupendo para mí saber que a impulso de mis caprichos y fantasías, tendría yo el poder de crear enfermedades. Pero en realidad sólo soy aquí un fotógrafo. Afirmo lo que veo, y me resultaría muy fácil demostrar que estas cosas no suceden únicamente en la Salpêtrière. Ante todo sepan que los relatos sobre los endemoniados de la Edad Media están llenos de tales hechos. Richer, en su obra, muestra que en el siglo xv sucedía exactamente lo mismo que hoy. He recibido numerosa correspondencia de América del Norte, la cual no tiene relación alguna con la Salpêtrière, a raíz de mis descripciones del ataque histero-epiléptico, y en ella se describen histero-epilépticas que se comportan exactamente como aquí.

En Inglaterra, Gowers, el médico y hombre de ciencia, no cree en mis descripciones. Veamos pues cómo interpreta él los hechos. En un tratado sobre la epilepsia usa las siguientes expresiones: "Accidentes histericos post-epilépticos". Toma la primera fase de leptoide que vieron ustedes producirse a consecuencia de la presión en el ovario, como un acceso de epilepsia, y describe todos los fenómenos que presenciaron ustedes aquí, llamándolos accidentes post-epilépticos. ¿Por qué razón? Pues porque lo turban los accidentes epileptiformes iniciales en una enferma. El no ve esos accidentes sino como cosas distintas, pero yo, por mi parte, sostengo la unidad del hecho y la invariabilidad de la especie de la cual se trata. Esto es el ataque histero-epiléptico y no me aparto de esta afirmación.

Saben ustedes, puesto que no soy yo quien lo inventé sino quienes me precedieron en la dirección de este servicio, que se distingue entre los ataques con crisis mixtas y los ataques con crisis separadas. ¿Qué significa esto? Tenemos aquí una enferma que tiene crisis de tanto en tanto. Yo afirmo que es una histerica

pero que sobre todo es una comicial. Esto significa que tiene dos enfermedades esencialmente distintas aunque pertenezcan a una misma familia, tanto como pueden serlo la gota y el reumatismo. Pues bien, las especies mórbidas tienen teóricamente una invariabilidad relativa pero, hablando prácticamente, la doctrina de la invariabilidad de las especies mórbidas debe ser considerada como verdadera. Felizmente las especies mórbidas no varían tanto como podría creerse. No hay por qué hacer darwinismo sin motivo suficiente. El factor principal de la doctrina de la evolución es el tiempo, y nosotros consideramos la invariabilidad de las especies mórbidas tan sólo desde el punto de vista de la época en que estamos viviendo.

Afirmo que en el caso del mal con crisis separadas tenemos ante todo un ataque histérico mayor y luego una crisis de epilepsia que es algo distinto. Después de un ataque histérico mayor las enfermas suelen morderse la lengua, erguirse en sus camas y la persona de servicio que ve a una enferma en tal situación, dice que tiene su *acceso*. Por el contrario, cuando tal cosa no sucede, dice que tiene sus *ataques*. Ciertamente hay una diferencia en esas dos fórmulas: "alguien está con sus ataques" o "alguien tiene su acceso". Si dijera más bien que "tiene sus accesos" sería grave. Se pueden tener ataques durante tres, cuatro, cinco o seis días sin peligro. Pero si alguien tiene los accesos puede seguirse a veces lo que se llama el estado de mal, y en tal caso se va a buscar al médico, la temperatura se eleva y la vida corre peligro. Claramente se ve que la diferencia es grande y capital. En un caso se encuentran los puntos histerogénicos y uno puede usarlos aunque sólo sea con una finalidad experimental para detener el ataque; mientras que hallándose ante los accesos, la compresión de los puntos histerogénicos no sirve absolutamente para nada.

Agregaré por fin que, en tanto el bromuro de potasio tiene una acción al menos paliativa en los accesos de epilepsia, es totalmente inútil cuando se trata de los ataques. Podrán suministrarse toneladas sin que por eso el estado de las enfermas cambie en absoluto. La gran histeria no es la epilepsia. La unión de esas enfermedades proviene de la herencia. Un histero-epiléptico puede engendrar un epiléptico y un epiléptico un histero-

epiléptico, pero es forzoso decir que tanto uno como otro pueden engendrar también maníacos y vesánicos. Les he dicho ya que el árbol neuropatológico tiene numerosas ramas y por lo tanto cada una de ellas puede dar frutos distintos.

