

Sobre la anorexia histérica

En mi opinión, sólo llegaremos a establecer la historia de las afecciones histéricas estudiando aisladamente cada uno de sus grupos sintomáticos; tras este previo trabajo de análisis reuniremos los fragmentos y recompondremos el todo de la enfermedad. Enfocada en conjunto, la histeria tiene demasiados fenómenos individuales, demasiados incidentes fortuitos, como para que se llegue a captar lo particular desde lo general.

Este procedimiento, más que discutible si se aplicase a enfermedades limitadas en el tiempo, en el espacio o en sus localizaciones, o en lo referente a la modalidad de sus fenómenos, halla aquí un uso legítimo. Por mi parte ya traté de fijar lo característico de la tos y de la catalepsia pasajera de naturaleza histérica; otros autores han dedicado valiosas monografías a las hemiplejías, a las contracturas transitorias o duraderas, a la anestesia, etc. Me propongo abordar hoy un complejo sintomático observado con demasiada frecuencia como para ser un accidente excepcional y que, además, tiene la ventaja de hacernos penetrar en la intimidad de las disposiciones mentales de las histéricas.

Son numerosos los trastornos digestivos que aparecen en el curso de la histeria. Consisten en vómitos repetidos y a veces casi incoercibles, en dolores gástricos, hematemesis, estreñimientos o diarreas, singulares por su evolución o por algunas de sus características.

Entre los síntomas graves, sobre todo los vómitos de sangre han captado la atención

de los médicos; las gastralgias, fenómenos puramente subjetivos, son mal conocidas, y los trastornos intestinales se prestan aún a más incertidumbres.

Los estudios se han dedicado preferentemente a las extravagantes perversiones del apetito, cuyos ejemplos sobreaman y cuyas variedades casi serían innumerables. Describiendo hechos singulares, casos de extraños gustos, se ha descuidado estudiar el auténtico estado mental de las enfermas, y todo se ha reducido a la noción improductiva de que las histéricas están sujetas a los desórdenes más inverosímiles de las funciones digestivas. No sería imposible, sin embargo, intentar una clasificación de estas anomalías; pero aunque me ha sido posible observar un gran número de ellas no quiero hablar de eso aquí, ni siquiera incidentalmente.

El objeto de esta memoria es dar a conocer una de las formas de localización gástrica de la histeria lo bastante frecuente como para que una sola descripción no sea –como suele ocurrir con demasiada facilidad– la generalización artificial de un caso particular, lo bastante constante en sus síntomas como para que los médicos que la han observado puedan comprobar la exactitud de mi descripción y como para que a quienes la encuentren a lo largo de su práctica no les coja desprevenidos. El nombre de anorexia podría ser sustituido por el de inanición histérica, que representaría mejor la parte más destacable de sus complicaciones. Sin por ello defenderla, he preferido la primera denominación precisamente porque se refiere a una fenomenología menos superficial, más delicada y también más médica.

* Fuente: *Archives générales de médecine*, abril, 1873.

De las diversas etapas de que se compone la digestión, la mejor analizada por los pacientes y la menos estudiada por los médicos es, ciertamente, las ganas de comer, el gusto por los alimentos. Si bien el término *anorexia* se adopta generalmente para representar un estado patológico, no tiene correspondiente fisiológico, y la palabra *orexia* no pertenece a nuestro idioma. De ahí que nos falten expresiones para designar los grados o las variedades de la inapetencia; en éste como en otros terrenos, la pobreza del vocabulario se corresponde con la pobreza del saber.

En ciertos casos, el apetito desaparece sin que el enfermo experimente ninguna otra sensación más que la molestia de verse privado de un estímulo que le anime a comer. No experimenta repugnancia por la comida, y a menudo encuentra justificación el proverbio que pretende que el apetito viene comiendo.

En otras ocasiones, el enfermo experimenta una repulsión más o menos intensa hacia ciertos alimentos; en otras por fin, cualquier sustancia alimenticia provoca el rechazo. Por general que sea la inapetencia, siempre tiene una escala gradual y los alimentos no son rechazados indistintamente con igual insistencia.

Por el contrario, existen afecciones, bien del estómago bien del sistema nervioso central, ya localizadas, ya diatélicas, que se acompañan de una sensación apetitiva ilusoria, recurrente en intervalos desiguales o a veces regulares. En algunas histéricas se observan accesos de este falso apetito exigente, imperioso, al igual que en algunos diabéticos. Casi siempre las enfermas, obedeciendo a una hipótesis teórica, parten de la idea de que su enfermedad se debe al ayuno, y creen que conseguirán conjurarla con la ayuda de algún tipo de alimento, por

poco que éste sea. La experiencia muestra que dos gotas de láudano valen más para apaciguar el hambre imaginaria que la ingestión de alimentos.

A la sensación exagerada de apetito, a la suposición de que el alimento calmará la necesidad, corresponden en sentido inverso un apetito disminuido y la convicción de que la alimentación será perjudicial. El enfermo se comporta entonces, como en el primer caso, de acuerdo con una hipótesis instintiva. Si es dócil, deseoso de ser liberado de su temor, busca y adquiere la certeza o bien de que su salud gana más manteniendo la alimentación, libre de sufrimiento, o bien de que sus aprensiones estaban mal fundadas. Si es rebelde, preocupado ante todo por evitar un dolor hipotético, temeroso de antemano, mantiene esa manera de tratarse a sí mismo y se abstiene de comer. Tal es el caso de las histéricas cuya historia voy a intentar describir. Los historiales comprenden varios años y son imposibles de contar; por tanto, en lugar de reseñar acontecimientos particulares creo que más vale presentar un esquema en cierto modo paradigmático de la enfermedad.

Una joven entre quince y veinte años experimenta una emoción que confiesa o que disimula. Lo más frecuente es que se trate de un proyecto real o imaginario de matrimonio, de una contrariedad relativa a alguna amistad o incluso a alguna aspiración sentimental más o menos consciente. Otras veces nos vemos reducidos a hacer conjeturas sobre la causa ocasional, sea porque la joven tenga interés en encerrarse en el mutismo tan habitual de las histéricas, bien porque en realidad ella misma ignore la causa principal, y veremos que entre sus múltiples causas muchas pueden pasar desapercibidas.

La paciente siente al principio un males-

HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

tar después de las comidas: vagas sensaciones de plenitud, de angustia, gastralgias *post prandium* o quizá ya desde el principio de las comidas. Ni ella ni quienes la rodean le dan importancia, no produce ninguna incomodidad duradera.

Al día siguiente se repite la misma sensación, aún insignificante pero pertinaz, y así continúa durante varios días. La enferma se dice entonces a sí misma que el mejor remedio para esta molestia difusa, particularmente penosa, consiste en comer menos. Hasta aquí nada extraordinario, no hay gastrálgico que no haya sucumbido a esta tentación hasta que llega el momento en que adquiere la certeza de que la inanición consiguiente no sólo no le produce ningún provecho sino que agrava sus sufrimientos. En la histérica las cosas ocurren de otro modo. Poco a poco reduce su alimentación, tan pronto pretextando un dolor de cabeza como una desgana momentánea, o bien ante el temor de que se repitan las sensaciones dolorosas que siguen a sus comidas. Al cabo de unas semanas ya no son repugnancias presuntamente pasajeras sino que hay un rechazo de la alimentación que se prolongará indefinidamente. La enfermedad se ha declarado y seguirá su marcha tan fatalmente que resulta fácil pronosticar su futuro.

¡Desgraciado el médico que desconociendo el peligro considere como una fantasía inmotivada y pasajera esta obstinación a la que espera dominar mediante medicamentos, consejos amistosos, o mediante el recurso aún más equivocado de la intimidación! Con las histéricas un error prematuro del médico jamás se puede arreglar. Al acecho de las valoraciones que sobre ellas se hagan, sobre todo de aquellas con las que la familia esté de acuerdo, las histéricas no perdonan, y considerando que

se han iniciado las hostilidades se atribuyen el derecho de continuarlas con una tenacidad implacable. En este período inicial la única conducta prudente es observar, callarse y darse cuenta de que cuando la inanición voluntaria data ya de semanas atrás se ha convertido en un estado patológico de evolución larga.

Para apreciar en su valor los distintos elementos que concurren en la eclosión de la enfermedad, es importante someter cada uno de ellos a un minucioso análisis.

El dolor gástrico, que es o parece ser el punto de partida, merece especialmente que nos detengamos en él. Varía de intensidad, desde una sensación confusa de presión hasta una especie de retortijón estomacal que se acompaña de desfallecimiento, palidez, sudores y hasta escalofríos. No hay vómitos ni ganas reales de vomitar, ni siquiera en los casos extremos; sólo la enferma pretende que un grado más provocaría vómitos.

Si nos atenemos a las apariencias, las crisis dolorosas no difieren en nada de las que se tiene tan frecuente ocasión de observar en todas las afecciones del aparato digestivo. La alimentación es lo que las determina, no teniendo lugar fuera de las comidas; si fuese así nos faltarían signos diferenciales y estaríamos reducidos a añadir la gastralgia a la ya demasiado numerosa lista de las neurosis histéricas localizadas.

La sensación dolorosa no sólo se presenta por el hecho de alimentarse sino que persiste más o menos intensa en los intervalos entre las comidas, a veces insignificante, a veces más incómoda, a veces tan atenuada que la enferma experimenta un malestar general sin poder asignarle un punto fijo. Cualesquiera que sean su forma, lugar y grado, ¿la sensación molesta se debe a una

lesión gástrica o no es sino la expresión refleja de una perversión del sistema nervioso central? No creo que la solución se preste a dudas desde el momento en que se plantee tal cuestión.

Al inicio de un gran número de enfermedades cerebrospinales encontramos angustia precordial, sensación de presión, espasmos epigástricos, que también ocurren por igual con ocasión de emociones fugaces. No hay nadie entre nosotros que no haya sentido esta especie de ansiedad y no la haya puesto en relación con la causa moral concreta que la hubiese producido. Pero pensemos, por el contrario, en un individuo que sea súbitamente presa de una constricción epigástrica sobrevenida sin motivo apreciable: es tal su malestar que provoca inquietud. El enfermo se pregunta de dónde puede provenir esta rara sensación, y el delirio de los perseguidos comienza a veces por una búsqueda semejante de explicación. Suponiendo que la afectación encefálica no conduzca a tan graves consecuencias, la primera hipótesis del enfermo y la más natural es que sufre de una enfermedad del estómago. Toda la ansiedad epigástrica, con la aprensión y el semivértigo que comporta, aumenta al comer, razón de más para creer en la existencia de una irritación gástrica.

Las características de esta gastralgia de causas reflejas no son imposibles de discernir, por raras que sean las circunstancias en que nos es dado observarlas.

Se distingue de las irritaciones dolorosas del estómago: porque no está exactamente localizada y porque conlleva una inquietud muy especial, porque es repentina y no ha sido antecedida por trastornos gradualmente crecientes de la digestión y porque tampoco se sigue de alteraciones dispépticas; porque las funciones intestinales permanecen

indemnes salvo un estreñimiento habitual pero fácil de vencer; porque la naturaleza de los alimentos no tiene influencia sobre las crisis, y por fin, porque el tipo de dolor, cuando existe en realidad, no tiene analogía con los sufrimientos gástricos ocasionados por cualquier lesión por muy leve que ésta sea.

Desde el momento en que uno está seguro de la naturaleza de la molestia ha hecho un progreso importante en el establecimiento del diagnóstico. Jamás se insistirá lo suficiente sobre estas neurosis de los órganos esplácnicos y sus relaciones con ciertos estados cerebrales.

Tras algunas indecisiones de corta duración, la histérica no duda en afirmar que la única forma en que puede sentirse bien consiste en abstenerse de comer. De hecho, los remedios apropiados para las otras gastralgias son aquí absolutamente ineficaces, por mucho celo que el médico y el enfermo pongan en utilizarlos. Una razón de orden distinto, de esas que juegan siempre un papel preponderante en la histeria, interviene también. La enferma no tiene hambre, ha perdido esa sensación, y para consentir en alimentarse le sería preciso vencer el miedo al dolor que le evocan o incluso le provocan los alimentos apetitosos; absteniéndose de comer satisface por el contrario dos inclinaciones a la vez. Todas las manifestaciones histéricas, si existían, se suspenden a partir de esta primera fase. Lejos de debilitarse o entristecerse, la enferma despliega una especie de entusiasmo que no le era habitual; casi se podría decir que toma precauciones para las fases ulteriores y que prepara argumentos que luego no dejará de emplear.

La repugnancia a alimentarse continúa su marcha lentamente progresiva. Las comidas se reducen cada vez más; por lo

HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

general sólo una de ellas podría calificarse como de alimenticia, bien el desayuno bien la cena. Casi siempre la enferma suprime sucesivamente diferentes clases de alimentos, el pan, la carne, ciertas legumbres. A veces consiente en reemplazar un alimento por otro, al que dedica una predilección exclusiva durante algunas semanas, por ejemplo el pan, los bizcochos o las galletas, tras de lo cual renuncia también a éstos, sustituyéndolos o no por otros.

Las cosas se prolongan así durante semanas y meses sin que el estado general se vea desfavorablemente influenciado; la lengua se mantiene limpia y fresca, no hay sed. El estreñimiento pertinaz cede ante laxantes suaves, no hay retracción abdominal, el sueño permanece más o menos regular. No hay adelgazamiento aunque la alimentación represente apenas la décima parte del régimen acostumbrado de la enferma.

Bien conocemos la capacidad de resistencia de la salud general de las históricas para que nos extrañe verlas soportar sin daños una inanición sistemática a la cual no se expondrían impunemente mujeres más robustas. Hay que tener en cuenta de todas formas que la disminución de la alimentación se ha hecho gradualmente y sin brusquedad; por tanto, la economía se habitúa más fácilmente de lo que pudiera parecer a esta disminución de la alimentación. Todos nosotros hemos hecho la prueba en carne propia durante el asedio de París, y también constatamos que la dieta a la que se vieron reducidos los pobres no alteró sensiblemente su salud.

Otro dato igualmente observado es que, lejos de acabar con la fuerza muscular, la disminución de los alimentos tiende a aumentar la aptitud para el movimiento. La enferma continúa sintiéndose más activa,

más ágil: monta a caballo, emprende largos paseos, recibe y devuelve visitas, y lleva en caso de necesidad una vida mundana fatigosa, sin acusar el cansancio del que se quejaría en otras ocasiones anteriores.

No hay signos visibles de clorosis o de anemia, o al menos no estamos autorizados para decir que el ayuno los haya provocado, pues la mayor parte de estas enfermas ya eran antes más o menos cloro-anémicas.

Aunque no varíe la situación en cuanto a la anorexia y al rechazo de alimentos, las medidas que toman quienes las rodean se modifican a medida que el mal se prolonga, y paralelamente el estado mental de la histórica se va manifestando.

El médico ha perdido hace ya tiempo su autoridad moral, tanto si había prometido una rápida curación como si había sospechado la mala voluntad de la enferma. Sin embargo, la paciente no rechaza la toma de ningún medicamento. Cuanto más invencible se muestre respecto al rechazo de la alimentación, tanto más dócil se mostrará ante los remedios más molestos. He visto a algunas capaces de roer trozos de ruibarbo y que bajo ningún concepto hubiesen probado una chuleta. Los estimulantes gástricos más activos, los purgantes benignos o drásticos, las aguas minerales digestivas, no surten efectos útiles ni perjudiciales. Lo mismo ocurre con los ambientadores estimulantes, gomas fétidas, valeriana, hidroterapia, duchas de temperatura variada, y lo mismo con los reconstituyentes, los ferruginosos, los vesicatorios, etc. Sólo los laxantes tienen utilidad para suprimir el estreñimiento; los otros agentes ni siquiera procuran una atenuación de la anorexia.

Cuando al cabo de unos meses la familia, el médico, los amigos, ven la persistente inutilidad de todos sus esfuerzos, la inquietud comienza y con ella el tratamien-

to moral, y es en ese momento cuando va a manifestarse la perversión mental, que en sí misma es característica y que justifica el nombre de *anorexia histérica* que he propuesto a falta de otro mejor.

La familia no tiene a su alcance más que dos métodos que siempre suele agotar: rogar o amenazar, y que sirven el uno y el otro como piedra de toque. Multiplican las exquisiteces gastronómicas con la esperanza de despertarle el apetito, y cuanto más aumenta su solicitud el apetito más disminuye. La enferma prueba desdeñosamente los nuevos manjares, y tras haber mostrado así su buena voluntad se considera libre de la obligación de ir más allá. Le suplican, le piden por favor, como suprema prueba de afecto, que se pliegue a añadir una sola cucharadita más a la comida que da por concluida. Y el exceso de insistencia provoca un exceso de resistencia. Es una ley bien conocida y conforme a la experiencia de todos nosotros que el mejor medio de doblegar la terquedad de las histéricas es filtrar la suposición más o menos explícitamente expresada de que, si quisieran, podrían por sí mismas dominar sus enfermizos impulsos. Pero una sola concesión les haría pasar de la condición de enfermas a la de niñas caprichosas, y esta concesión, mitad por instinto, mitad a propósito, no la consentirán jamás.

La anorexia se convierte poco a poco en el único tema de preocupación y conversación familiar. Se forma así alrededor de la enferma una especie de atmósfera que la envuelve y a la cual no escapa en ningún momento del día. Los amigos se unen a los padres, cada uno contribuye a la tarea común según su propio carácter o el grado de su afecto. Ahora bien, hay otra ley no menos inexorable que consiste en que la histeria experimenta la influencia del entor-

no y que la enfermedad se amplía o se reduce en función de que aumente o disminuya la intensidad emocional en el círculo afectivo de la paciente. La culpa no es solamente de un vicio patológico del carácter. Constantemente, ante sensaciones que recuerdan en más de un aspecto a las impresiones de los hipocondríacos y a las ideas delirantes de los alienados, las histéricas no pueden sustraerse a tal dominio mediante un esfuerzo voluntario. Como mucho llegan a olvidarlas a intervalos, como dejando que algo las distraiga, y esas son las únicas treguas que la enfermedad les concede. Cuanto más se dirija su atención sobre los síntomas, más se acrecienta en ellas la sensación de enfermedad. Al cabo de un tiempo variable de persistir en esta funesta concentración, la enferma entra en una nueva fase: cristalizado su tema, lo sistematiza a la manera de algunos alienados y ya no busca más argumentos; sus respuestas se vuelven así más uniformes que las preguntas.

Sin embargo, ante todos los que han participado en esas dolorosas escenas familiares, el carácter de enfermedad no parecerá suficientemente claro ni demasiado sombrío; dejan de suplicar a la paciente y le exigen que se alimente. Nueva tentativa más infructuosa aún que las precedentes.

¿Qué podemos decir a la enferma? ¿Que no puede vivir con una cantidad de alimentos que sería insuficiente incluso para un niño pequeño? Ella nos responde que su alimentación le basta y, aún más, que ni ha cambiado ni ha adelgazado, y que no se le ha visto jamás hurtarse a una labor o una fatiga; ella sabe mejor que nadie lo que necesita y además le sería imposible tolerar una alimentación más abundante.

¿Que la inanición le causará a la larga una enfermedad del estómago? La histérica

HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

responde que jamás se ha sentido mejor, que no le duele nada, y que semejantes temores serían contraproducentes para su bienestar.

En esta fase, los dolores del comienzo se han atenuado o han desaparecido, y si reaparecen es sólo tras largos intervalos o son de intensidad fácilmente tolerable. Un argumento más a favor del régimen al cual la enferma achaca su mejoría.

Su ayuno, por otro lado, no es absoluto y nada tiene en común con el rechazo de los alimentos que hacen los melancólicos. La anorexia no se agrava y sobre todo no se ha transformado en un rechazo análogo al que sufren algunos tísicos y muchos cancerosos. La enferma asiste voluntariamente a las comidas familiares con la condición de que se le permita comer a su gusto.

Lo que domina en el estado mental de la histérica es ante todo una tranquilidad –yo diría casi una placidez– verdaderamente patológica. No sólo no suspira por la curación, sino que se complace en su condición a pesar de todas las contrariedades que le suscita. No creo que sea excesivo comparar esta seguridad satisfecha con la obstinación del alienado. Si nos fijamos en el resto de anorexias, veremos cuánto difieren de ésta. Incluso con la mayor repugnancia, el canceroso espera y solicita un alimento que le despierte el apetito, está dispuesto a cualquier tentativa aunque sea incapaz de triunfar sobre su asco. El dispéptico sin lesión orgánica se las ingenia para variar su régimen ayudándose por todos los medios, y se queja con la amargura habitual de los que sufren del estómago. En la anorexia histérica no hay nada semejante; por el contrario, un optimismo inexpugnable contra el que vienen a estrellarse súplicas y amenazas. «No tengo molestias, por tanto me encuentro bien», esa es la fórmula monótona que

sustituye a la precedente: «No puedo comer porque entonces tengo molestias». Tantas veces he oído repetir a las enfermas esta frase que ahora representa para mí un síntoma, casi un signo.

Si otorgo al estado mental una importancia que parecerá quizá exagerada es porque toda la enfermedad se reduce a esa perversión intelectual: suprímanla y tendrán ustedes una afección banal destinada a ceder a la larga ante los procedimientos clásicos del tratamiento; llévenla a sus extremos y jamás irán muy lejos: tendrán ante ustedes una dispepsia completamente diferente a todas las demás, que sigue un curso determinado y que no podrá ser conjurada por los métodos habituales.

Por otra parte, no creo que la histeria gástrica haga excepciones: en las otras localizaciones histéricas se encuentra al menos la misma indiferencia, por incómodas y penosas que sean en apariencia sus manifestaciones. La histérica con tos convulsiva no insiste para que la libremos de un espasmo irritante y a veces ridículo: se queja en unión de los que la compadecen, pero cuando se trata de luchar activamente contra el mal aporta al tratamiento más descuido que celo. Hay también parapléjicas condenadas al reposo absoluto y que consienten en vivir así sin exigir del médico, cansado por inútiles tentativas, que recurra a métodos más drásticos.

Con otros dos colegas he estudiado un caso raro que tiene bien manifiesta la característica que intento subrayar ante ustedes. Se trataba de una chica de veinte años, presa de espasmos de laringe a raíz de unos ejercicios de canto. El dolor, si es que la sensación merecía ese nombre, era inconstante, inexplicable, pero especialmente irritante; desde el primer momento la enferma dejó de cantar, con obstinación y sin querer

someterse a nuevos tratamientos que de antemano consideraba estaban por encima de sus posibilidades. Sólo quería cuidarse con la condición de que no se le exigiese un nuevo esfuerzo. Los tratamientos más razonables no surtieron efecto. La enfermedad ya duraba cerca de un año.

Los mismos fenómenos semidolorosos se reprodujeron no ya cantando sino por el simple hecho de hablar, igual de vagos e igual de descorazonadores. La enferma se entregó a un mutismo completo, prefiriendo escribir en una libreta antes que articular palabra. Se confinó así en un aislamiento voluntario que suprimía toda relación con los suyos y con el mundo, escribiendo entre otros pensamientos que su situación le parecía intolerable, sin rehusar ningún medicamento pero incapaz de decidirse a hablar pese a la persistente presión de su entorno. Interrogada con comprensible insistencia sobre la naturaleza del obstáculo ante el cual retrocedía, respondió que su sufrimiento nada tenía de enorme, pero que no se sentía con fuerzas para dominarlo. Cuando por infrecuente condescendencia articulaba una o dos palabras, su voz era sonora, bien timbrada y no acusaba ninguna lesión; la laringe, minuciosamente explorada, estaba por demás indemne.

Ahora bien, las ocasiones de estudiar enfermas afónicas, enronquecidas, incapaces de hablar sin sufrimientos diversos, son tan frecuentes como las que tenemos de ver dispépsicas con anorexia. ¿Se encuentra una sola vez la particularidad que he mencionado fuera de los estados histéricos, con conservación completa de la voz y repugnancia no menos completa a enfrentarse a una molestia que parece exclusivamente local?

Del mismo modo, en jóvenes histéricas de edad más cercana a la pubertad he visto

aplicarse a otras funciones tan poderosa inercia. En una enferma de dieciséis años que había sufrido varios ataques clónicos, la marcha y hasta la bipedestación provocaban, según decía, sensaciones dolorosas de los miembros inferiores y un malestar general indefinible; no existía debilitamiento muscular apreciable.

Sin embargo, la niña empezó a restringir sus movimientos, únicamente abandonaba la cama para dar algunos pasos; más tarde sólo consentía en dejarse trasladar de la cama a un sillón en el que permanecía sentada algunas horas; más tarde, finalmente, se condenó a un decúbito absoluto noche y día, y así estuvo durante más de dieciocho meses.

En este caso, al revés que en el de la fonación y el de la alimentación, se podía recurrir a una especie de gimnasia pasiva, levantar a la enferma, mantenerla de pie, hacerla andar sosteniéndola. Se repitió tal experiencia incalculable número de veces y siempre con el mismo fracaso. La familia se inquietaba pese a las seguridades que los médicos le ofrecían, pensando en una paraplejía; algunos médicos dudaban de su naturaleza histérica ante la persistencia del mal. La niña siguió igual durante el largo período que indiqué más arriba, curando tras una lenta mejoría atribuida a baños de mar calientes.

En la histeria, en la hipocondría, en gran número de enfermedades del sistema nervioso central, observamos temores desproporcionados respecto al dolor que los causa. A primera vista, esto se explica por lo que llamamos una susceptibilidad exagerada; se admite que el enfermo aumenta desmesuradamente la importancia del mal y que se inquieta debido a su propia teoría sobre el mismo. Suponiendo que así fuera, ya esto se trataría de una actitud mental

HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

patológica reservada a los enfermos imaginarios; pero las cosas ocurren de otro modo. Cada sensación local se acompaña de un malestar general, de una perturbación imposible de describir, de un sentimiento de colapso, de desfallecimiento tanto más penoso cuanto más confuso, y cuyo valor no se sabe bien con qué criterio medir. Todos hemos experimentado más o menos un efecto análogo al principio de una indigestión, como preliminar de un vómito, como primera señal de inicio de cualquier enfermedad.

Es cierto que la molestia estomacal de las histéricas no se reduce a una simple gastralgia, sino que forma parte de un conjunto de síntomas inquietantes. La prueba es que cuando después de administrar un medicamento el estómago está irritado, dolorido, la enferma no confunde este dolor, por así decirlo, artificial, con los que anteriormente había sentido. Eso es característico de los dolores reflejos, y me basta recordarlo sin extenderme más allá en la descripción del fenómeno.

Durante esta segunda fase ya establecida (falta de apetito, temor a una sensación indefinida, rechazo absoluto y creciente de colaborar a los intentos de alimentarla), la enfermedad se mantiene invariable. La obstinación dura meses, cuando no años. En un caso en el que sucedí como médico a uno de nuestros maestros, la enferma había recibido cuidados asiduos durante dieciocho meses y, con una indolencia mezclada con un punto de causticidad, repetía la conversación invariable que se producía dos veces al día entre ella y su médico:

—Mi niña, ¿ya te has decidido a comer algo?

—Doctor, he hecho lo que he podido, pero no lo he conseguido.

—Sigue esforzándote y todo irá bien.

Por fin, la tolerancia del organismo, por maravillosa que sea en las histéricas, se extingue y la enfermedad entra en el tercer estadio.

La menstruación, hasta entonces escasa, irregular, deja de producirse, y se manifiesta la sed. Esos son habitualmente las primeras advertencias de inminentes complicaciones. La exploración objetiva permite detectar una retracción de las paredes abdominales que hasta entonces no existía; la palpación indica una disminución progresiva de la elasticidad, síntoma habitual de los ayunos prolongados. La región epigástrica se hace dolorosa a la presión, aunque la enferma no se queja de dolores espontáneos. El estreñimiento pertinaz ya no cede a los purgantes. La piel está seca, rugosa, sin elasticidad. El pulso, acelerado.

El adelgazamiento hace rápidos progresos y con él aumenta la debilidad general. El ejercicio se vuelve trabajoso y la enferma procura permanecer siempre tumbada; cuando se levanta siente vértigos, tendencia a encontrarse mal, o incluso sufre crisis sincopales. El rostro está pálido, sin decoloración de los labios. Se ausculta un soplo cardiovascular casi constante, de causa anémica, que a menudo había precedido a la enfermedad y que raramente deja de aparecer en sus fases avanzadas. Esta descripción contiene casi todas las variaciones individuales que observamos. A veces predomina el adelgazamiento, a veces la debilidad, a veces el estado anémico con su cortejo de síntomas locales o generalizados; excepcionalmente, aparecen síntomas nerviosos espasmódicos, neuralgias, etc.; los síntomas activos parecen borrarse a medida que disminuye las fuerzas vitales.

La aparición de estos signos, cuya gravedad a nadie se le escapa, redobla las inquietudes; los amigos, los padres, tienden

a ver la situación como desesperada. Que nadie se extrañe de que en contra de la costumbre ponga siempre en paralelo el estado morbosos de la histérica y las preocupaciones de su entorno. Ambos términos son solidarios, y se tendría una noción errónea de la enfermedad limitando el examen a la enferma. Desde el momento en que interviene un elemento moral cuya existencia está aquí fuera de dudas, el medio en que vive la enferma ejerce una influencia que sería tan lamentable omitir como desconocer. La aflicción verdadera, sincera, ha sucedido a las reprimendas tanto por la fuerza de los sentimientos como por las necesidades que inspiran las complicaciones aparecidas, se concede a la histérica el *status* de enferma, no pertenece ya al libre curso de la vida en común.

Me ha parecido que este cambio inconsciente en las posiciones respectivas de la enferma y de sus familiares desempeñaba un gran papel. La joven comienza a inquietarse ante la tristeza que la rodea, y por primera vez su indiferencia satisfecha la desconcierta: llega el momento en que el médico vuelve a echar mano de su autoridad, si es que tuvo cuidado en conservarla en previsión del futuro; ahora el tratamiento no es aceptado con condescendencia pasiva sino acogido con una apetencia que la enferma aún intenta disimular. La lucha que se establece entre el pasado y el presente resulta curiosa de seguir y fácil de constatar, con la condición de que no se le deje percibir nada de esta investigación.

Dos caminos se abren entonces ante la enferma. O bien está lo bastante debilitada como para volverse obediente sin restricciones, y es el caso más raro, o bien accede a una semidocilidad con la esperanza evidente de que conjurará el peligro sin renunciar a sus ideas ni quizá al interés que ins-

pira su enfermedad. Esta segunda tendencia, mucho más común, complica enormemente la situación. No es cosa fácil restablecer el funcionamiento regular de un estómago condenado durante tanto tiempo al reposo: alternan éxitos y fracasos, y a menudo no se obtiene más que un resultado insuficiente. Conozco enfermas que diez años después del comienzo de la enfermedad no han recuperado la capacidad de alimentarse como todo el mundo; están vivas, su salud no se ha afectado profundamente, pero habría que ver si este estado supone una curación.

A veces un suceso inesperado viene a romper el curso de la enfermedad, un matrimonio, una contrariedad, una perturbación moral profunda. Otras, puede ser un incidente físico, un embarazo, una enfermedad febril; pero también muchos casos resisten a estas dos clases de potentes modificadores.

Como tesis general, hay que prever que el cambio a mejor se operará muy lentamente en escalones sucesivos, pero cuidémonos mucho de afirmar por adelantado el grado de la mejoría con que habrá que contentarse.

Por fundadas que estén nuestras inquietudes, aún no he visto a una anorexia terminar directamente en la muerte, aunque a pesar de esta seguridad experimental he pasado por repetidas perplejidades. Probablemente ocurre que la sensación patológica, causa primera del ayuno, desaparece ante el hecho de la creciente caquexia. No sólo debe achacarse a la fiebre la resolución de los espasmos, la misma propiedad pertenece a gran número de situaciones morbosas. Liberada de su preocupación subdelirante, la histérica entra en la condición de todos los dispépticos y no ofrece a la cura dificultades distintas de las acostumbradas en ta-

HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

les casos. En sí misma y por más intensidad que alcance, la histeria no es una enfermedad mortal, pero se convierte en causa ocasional, o si se quiere, indirecta, de enfermedades de fatal desenlace, y en el factor más importante de la tuberculización pulmonar. Sólo en una ocasión, en una mujer casada, de treinta años de edad e histórica de larga evolución, he asistido a un desenlace como los que acabo de mencionar. La repugnancia a los alimentos se produjo a raíz de disgustos más imaginarios que reales, pero profundamente vividos, y mi primera sospecha consistió en que se tratase de una tentativa encubierta de suicidio. La sucesión de los acontecimientos no tardó en desviarme de tal suposición, y la enferma hizo ya demasiado tarde auténticos esfuerzos por apegarse a la vida.

Siempre las histéricas han curado más o menos completamente al cabo de los años, y siempre pasando en el período de apaciguamiento de la enfermedad por gustos alimentarios selectivos, incluso exclusivos y a veces bizarros. Junto con Trousseau atendí a una joven, en el fondo histórica desde la edad puberal, quien sin causa apreciable había sido afectada por una invencible anorexia. La enferma había llegado a una emaciación y a una debilidad tales que no podía dejar la cama. Su alimentación se componía exclusivamente de alguna taza de té con un poco de leche. El estreñimiento pertinaz tuvo como consecuencia una diarrea serosa con exudados pseudomembranosos. Pese a eso se quedó embarazada, y con el pretexto del embarazo se las ingenió para buscar un alimento a gusto de su estómago. Durante seis meses no se alimentó más de café con leche, en el cual echaba en lugar de trozos de pan pepinillos en vinagre; poco a poco pero muy lentamente añadió algunas féculas a este régimen singular. Hoy en día se

encuentra en el estado de salud más satisfactorio, aunque aún con una delgadez excesiva.

Lo más habitual es que el apetito se limite a alimentos de elección no tan extraña, dándose entonces curso libre a la fantasía. Recuerdo una enferma soltera, de veintiséis años y habitante de una lejana provincia, quien no quería y no podía comer sino las galletas sin azúcar que preparaba un panadero de París; otras se limitan a una única clase de legumbres, rechazando la carne y el pan; otras no consienten comer más que alimentos cuyo sabor se haya atenuado con especias.

Aunque estas caprichosas restricciones sean un signo favorable, las enfermas siguen sufriendo sin ganas el alimento que han escogido a falta de otro mejor. La anorexia persiste indefinidamente, incluso mucho tiempo después de que las enfermas hayan vuelto al régimen normal. Jamás he visto recidivas de esta enfermedad: la curación relativa o completa se mantiene una vez instaurada. En la fase en que la afección histórica había cedido o había adoptado otras formas clínicas, he solicitado a las enfermas información más precisa sobre las sensaciones que experimentaron y que les apartaron de la alimentación: ninguna me aportó en esta encuesta retrospectiva otras reseñas que las que hasta aquí he comentado. La fórmula tipo seguía siendo como al principio de la enfermedad: «No podía, era más fuerte que yo, y además me sentía bien».

Los casos clínicos que han servido de base a esta memoria han sido ocho, todas mujeres, la más joven de dieciocho años y la mayor de treinta y dos. La histeria se manifestó en ellas mediante síntomas diversos; sólo una, cloro-anémica, no había tenido ataques, pero su madre había sufrido

dos accesos de hemiplejía histérica además de numerosas crisis.

Era fácil poner en todos estos casos una fecha de comienzo, pero la anorexia se perdía después y pasaba por graduaciones tan insensibles que no se podía fijar una duración precisa al final. Ateniéndonos a la verdad, podemos decir que la afección, comprendiendo las fases que antes indiqué, nunca duró menos de entre dieciocho y veinticuatro meses.

Aunque los datos fuesen poco numerosos, tenían tal similitud entre ellos que los

últimos casos no me produjeron ningún titubeo diagnóstico ni pronóstico, y, en efecto, todo ocurrió conforme a la norma general. Al describir esta variedad clínica me he propuesto, como dije al principio, separar una especie o un fragmento, pero sobre todo señalar el considerable papel que en algunas formas de la histeria juega la disposición mental de las enfermas, así como mostrar una vez más la íntima relación que une a la histeria y la hipocondría.

Traducción de Ramón Esteban Arnáiz

