carácter tranquilo, y sólo acusa algunas cefalalgias y mareos.

Al ser examinada por primera vez, en el consultorio del Hospital San Roque, no se constatan caracteres degenerativos dignos de ser mencionados; su conformación morfológica es excelente y sólo merece señalarse la abundancia de su panículo adiposo.

Sus aparatos circulatorio, digestivo y génitourinario funcionan regularmente. El examen especial del aparato respiratorio revela un tórax amplio y robusto, pulmones sanos, ritmo respiratorio normal; el uso del corsé, durante muchas horas seguidas, suele molestar á la enferma. La emisión de la voz es normal, la fonación excelente; el examen de la glotis laríngea no revela anomalías de ninguna clase. Habitualmente la risa se produce con caracteres normales.

Los reflejos tendinosos están ligeramente aumentados; la motilidad general es óptima; la resistencia á la fatiga pequeña, á causa de la abundante adiposis. No hay tics ni espasmos.

La sensibilidad general es mediocre. Hay una zona hipoestésica debajo del seno derecho y otra en la cara externa del brazo del mismo lado. No hay zonas histerógenas; las zonas hipoestésicas mencionadas no tienen función histerógena ni histerofrenadora. Sensibilidades especiales bien. Hay anestesia faríngea completa, ligera discromatopsia y un poco de estrechamiento del campo visual. El estado psíquico es excelente.

Nos encontramos, pues, ante una joven que ha sufrido accesos paroxísticos de risa, acompañados

por pérdida de la conciencia; en los intervalos sufre cefalalgias y mareos. En el examen revela ligero aumento de los reflejos tendinosos, zonas hipoestésicas bajo la mama y sobre el brazo, anestesia faríngea completa, ligera discromatopsia y un sensible estrechamiento del campo visual.

V

El diagnóstico de ataques de *risa histérica de forma paroxística* se impone, en nuestro caso, sin reticencias. Ninguna de las otras formas de risa patológica reviste caracteres semejantes á los observados en esta enferma, ni se acompaña de los síntomas somáticos propios de la gran neurosis.

Sin embargo, es frecuente encontrar en los degenerados mentales, en los neurasténicos ó en los psicasténicos, fenómenos de origen mental que podrían, en los primeros momentos, sugerir dudas y plantear la cuestión del diagnóstico diferencial. Ciertas risas obsesivas, sin ser la expresión de un estado delirante, pueden producir intensas perturbaciones de la inteligencia y de la conducta; en esos estados mórbidos, la sonrisa, lejos de embellecer la fisonomía, le imprime un aspecto desagradable é inquietante, máxime si se repite fuera de propósito.

Un institutor, de treinta y cinco años de edad, dirigió al profesor Bechterew (1) la siguiente auto-

(1) *Sur le sourire obsédant*, compte-rendu en *Revue de Psychologie*. —Octubre 1899.

descripción de su propio mal, superando en exatitud á las mejores referencias de los tratadistas:

«Mi estado nervioso—dice—manifiéstase por una ansiedad permanente, ardor en los ojos y sonrisas involuntarias. Ese estado me inquieta, me hace insoportable la vida y es la causa primera de mis tendencias hipocondríacas. Me es imposible precisar la época en que cada uno de los síntomas apareció por vez primera. Recuerdo que en mi infancia tuve ya que luchar con la timidez. Bastaba me señalaran con el dedo, como culpable de cualquier falta, para turbarme y sonrojarme violentamente, aun siendo en absoluto ajeno al hecho imputado. Además, mi cuerpo encorvado era causa de muchas humillaciones que me imponían mis camaradas; pero esos fueron accidentes de la infancia, felizmente transitorios. Más tarde mi estado de ánimo se complicó de cierta tendencia á la distracción, y en algunos momentos por una imposibilidad absoluta de dar á mi fisonomía una expresión seria. En esa época practiqué la masturbación en gran escala durante seis meses, es decir, hasta los diez y seis años. Antes de regresar del seminario he querido ocuparme de mi salud, leyendo obras de medicina, libros de vulgarización; esas lecturas me revelaron los peligros del onanismo, alarmándome vivamente. Entrando al servicio, mi timidez se acrecentó mucho; el deseo de ocultar mi estado mórbido, mi deformidad física y moral, me indujo á buscar siempre la soledad, inspirándome el temor de traicionar lo que yo ocultaba cuidadosamente á cuantas personas me rodeaban. Como consecuencia de ello se produjo en mí una

depresión moral; mi timidez se exageró de tal manera que, no pudiendo resistir la mirada ajena, me vi en la necesidad de usar anteojos negros. Preocupado por mi salud ensayé el alcohol como estimulante y abandoné el vicio del tabaco. Mientras tanto cambié de ubicación; en mi nuevo puesto, habiéndose multiplicado mis obligaciones, sufrí por primera vez la sonrisa obsesiva. Cuando estoy solo me siento tranquilo, pero estando en sociedad toda mi tranquilidad desaparece. En la calle, al cruzarme con un transeunte, me veo obligado á sonreir. En clase sonrío igualmente; cuanto más deseo contenerme, tanto más violenta es la risa. En la iglesia, orando, paréceme que todas las miradas convergen hacia mi; inclino la cabeza y siento que estoy á punto de reir, aunque no tenga humor para esta clase de jovialidades: al contrario, sufro un sentimiento de tristeza desesperante. La sonrisa se produce cuando estoy bajo la influencia de un gran dolor físico, después de una noche blanca, cuando espero un gran disgusto, y en general cuando el sistema nervioso está preocupado por una circunstancia exterior. Fuera de los síntomas citados, debo agregar también mi extraordinario lagrimeo, la débil resistencia de mi organismo á los descensos de temperatura, el enfriamiento constante de las extremidades, astenia general, ausencia completa de energía y debilidad de la memoria.»

En presencia de esa curiosa autobiografía, el profesor Bechterew diagnosticó neurastenia. Ese diagnóstico podría discutirse con los de psicastenia y degeneración mental, pero en ningún caso autori-

zaría á sospechar la histeria. En los primeros la enfermedad es mental: sea que haya astenia generalizada por fatiga crónica, descenso de toda la tensión psicológica ó una predisposición congénita á la producción de sindromas mentales episódicos; en cambio en los histéricos el trastorno es psíquico y no mental—según el lenguaje de Grasset—, y sobre todo, la perturbación está restringida á un centro funcional de la certeza cerebral, independientemente del resto de la personalidad psíquica y orgánica, que puede no presentar alteraciones de ningún orden.

En la risa histérica podemos encontrar, naturalmente, como síntomas concomitantes, todos los pertenecientes á la neurosis, en el orden psíquico, sensitivo, motor, visceral. Ellos, lejos de facilitar una confusión con los sindromas mentales indicados, servirán, por sus caracteres propios, para corroborar el diagnóstico de histeria, el cual solamente en casos muy raros podrá ser puesto en tela de juicio: cuando se trata de una idea fija ó de un tic histérico, por ejemplo.

Aunque nunca ha sido citada como fuente de diagnóstico diferencial con la risa histérica, creemos necesario mencionar, en este parágrafo, la *risa loca*, que sin ser una risa patológica, tiene tantas afinidades con la histérica, en su forma accesual ó paroxística.

La «risa loca» recibe ese nombre por no tener causa aparente, ó más bien dicho, por ser desproporcionada á la causa provocadora. «Parece provenir solamente de un rico fondo de salud y de juventud, de buen humor latente, de una fuerza nerviosa acumulada y pronta á derrocharse»—dice Dugas (1), no encontrándola justificada por las causas que la producen; la risa loca es inoportuna, intempestiva. No es irreverente, por lo menos en la intención; de allí que merezca indulgencia, ya que no simpatía, por su carácter involuntario. El mismo Dugas señala sus dos caracteres distintivos, que hacen de la «risa loca» la risa por excelencia: es irresistible é inextinguible. En vano se intenta disimularla ó detenerla, ocluyendo la boca con la mano, apretando los labios mordiéndolos hasta sangrarlos; es inútil mortificarse, avergonzándose de la propia tontería y extravagancia, inútil temer el escándalo; la risa se exaspera con los razonamientos y las violencias que se le oponen, exagerándose paulatinamente.

Darwin (2) describió el acceso de risa loca; Michiels (3) la pinta muy bien en pocos rasgos: «Un hombre atacado de risa loca es por demás curioso; todo su cuerpo, todos los rasgos de su fisonomía son presa de agitación; rueda sobre los sillones, sobre los canapés; un estridor de carcajadas sale de su pecho; brillan lágrimas sobre sus ojos; hace señas con la mano pidiendo no se turbe ni obstaculice su crisis jovial é indomable. Es necesario que cese espontáneamente, pues nada podría la voluntad, nada las amonestaciones.»

Careciendo de causa, la risa loca no tiene fin. Dugas la ha visto producirse al unísono en dos personas, de manera interminente, pero á intervalos

(1) *Phisiologie du rire*, pág. 23 y sigs.
(2) *L'Expression des émotions*, loc. cit.
(3) *Le monde du comique et du rire*, pág. 170.

muy próximos, durante un día y medio. Estalla por el menor pretexto y no la detienen las razones más poderosas; cuanto mayores son los motivos que la obstan, tanto más fuerte es la necesidad de reir. Se sofoca, se muere, se agotan las fuerzas; se respira un momento, se comienza de nuevo; la risa se detiene, por fin, cuando sobreviene el agotamiento completo.

Desde el punto de vista subjetivo, la risa loca determina un estado ambiguo, á la vez penoso y agradable; «celui qui n'a pas été, á quinze ans, secoué par le fou rire, sous un gréle de pensums, ignore une volupté»—dice Anatole France (1). Y Michiels, en el libro ya citado, se atreve á sentenciar: «Después de los espasmos del amor, la risa loca es la más violenta de las emociones agradables.»

Por la descripción que acabamos de sintetizar, por su doble carácter irresistible é inextinguible, por los fenómenos de motilidad general que lo acompañan, el paroxismo de la risa loca se confunde fácilmente con la risa histérica de forma paroxística.

Los caracteres intrínsecos de ambos paroxismos no bastarían, en ciertos casos, para diferenciar al uno del otro; debería recurrirse al examen de los caracteres extrínsecos: estudio de los antecedentes é investigación de otros síntomas ó estigmas reveladores de la histeria.

En nuestra enferma el diagnóstico fué fácil; de él se dedujo la indicación del doble tratamiento: general para la histeria (régimen, laxantes, hidroterapia tibia), y particular, para los accidentes de risa

(1) *Le livre de mon ami.*

paroxística (sugestión verbal en vigilia y sugestión hipnótica).

La primera sesión de hipnotismo tuvo discreto éxito; la enferma entró en hipnosis poco profunda, con pérdida parcial de conciencia y conservación vaga de recuerdos; fué objeto de sugestiones verbales, asegurándosele que no tendría más ataques.

Seguíamos desde un mes ese tratamiento cuando la enferma sufrió en presencia nuestra uno de sus accesos paroxísticos.

VI

Mientras su madre nos refería algunos datos sobre el curso del accidente, la enferma comenzó á respirar con profundidad progresiva, oyéndose distintamente el ruido inspiratorio y expiratorio. Después de diez ó doce movimientos torácicos, la fisonomía de la enferma asumió una expresión marcadamente risueña; su cabeza permanecía inmóvil y sus ojos miraban un punto fijo del ambiente, con expresión extraviada. La sonrisa de la enferma acentuóse á medida que los movimientos respiratorios se intensificaron; en menos de un minuto la enferma etreabrió la boca y comenzó á emitir notas breves y suaves, apenas perceptibles, acompañadas de movimientos oscilatorios laterales de la cabeza, como suelen ejecutar los directores de orquesta marcando el tiempo. Progresivamente las notas aumentaron de tono é intensidad, modificándose poco su ritmo y