los trastornos de ritmo é intensidad que preceden y acompañan á los accesos, no dejan rastro alguno en los períodos intercurrentes. Respiración normal. Funciones digestivas y genitales correctas; secreciones y temperatura normales. Duerme ocho horas, de sueño continuo y reparador, sin perturbaciones oníricas de ninguna clase.

En su sistema nervioso resaltan los trastornos de las funciones musculares y de la sensibilidad, mereciendo estudio especial en los parágrafos siguientes. Los reflejos tendinosos están ligeramente exagerados; los cutáneos, periósticos y mucosos normales, con excepción del reflejo faríngeo, cuya ausencia coincide con absoluta anestesia de las fauces. Las pupilas son iguales, reaccionan muy bien á la luz, á la acomodación espontánea y ordenada, á las excitaciones dolorosas y al reflejo ideomotor. Los reflejos vasomotores son poco intensos, exponentes de una emotividad moderada.

Las sensaciones subjetivas son exiguas; raros dolores de cabeza, aunque siempre con exageración en el vértex, dando la clásica sensación del «clavo histérico».

El estado mental de esta enferma es digno de señalarse particularmente, por su extraordinaria normalidad; es un tipo de excepción, podría tomarse como exponente psicológico del hombre normal. Su lenguaje, poco cultivado, es correcto, preciso y discreto; su mímica mesurada y eficaz; su lenguaje musical rudimentario. Una atención clara y persistente coexiste con su feliz memoria, íntegra; la asociación de ideas es ordenada, aunque pobre; la imaginación coherente, las percepciones rápidas. La ideación es sencilla, pero equilibrada; los sentimientos sociales, familiares y de amor propio están escrupulosamente adaptados á la vida en su medio social, siendo poco acentuados los sentimientos religiosos. Su voluntad permítele guiar sus actos y adaptar su conducta armónicamente á las condiciones de vida en sociedad, pasando perfectamente desapercibida entre las personas que la rodean.

Veamos los trastornos de su sensibilidad, primero, y luego los de su sistema muscular.

III

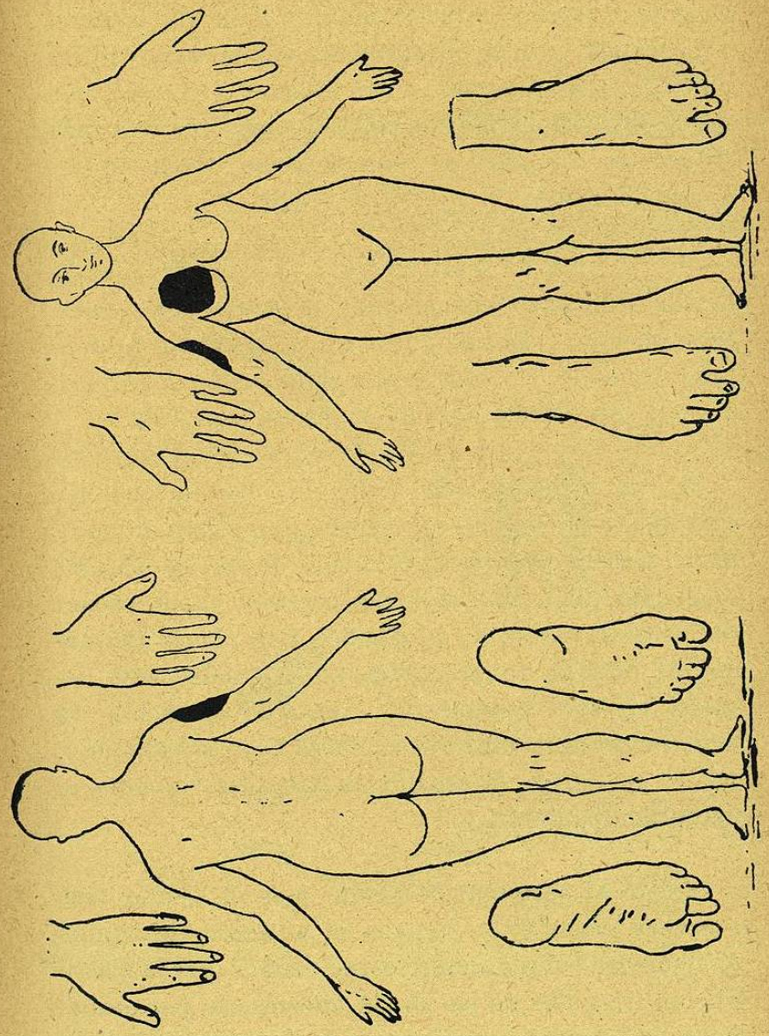
Tres hechos caracterizan en esta enferma los trastornos de la sensibilidad: la extensión, su topografía y los cambios repentinos.

Antes de referir las anestesias cutáneas, recordemos que la enferma tiene anestesia faríngea total y permanente; además, revela estrechamiento de ambos campos visuales, cuya extensión y forma varía en los diversos exámenes practicados, existiendo algunas veces escotomas; estos cambios corresponden á los que examinaremos en la sensibilidad cutánea general.

Nunca presentó anestesia generalizada. Esta forma total se observa rara vez en la clínica; el enfermo no puede moverse ni abandonar el lecho, pues la vista y las sensaciones cutáneas son indispensables para la coordinación de los movimientos: el

enfermo cree moverse en el vacío. Tampoco observamos en nuestro caso esas anestesias musculares profundas y generalizadas, que producen una insensibilidad en todo el espesor de los miembros; baste recordar que en una enferma de Briquet era tan profunda la insensibilidad, que vendándole los ojos podía sacársela de su cama, pasearla en un carricoche y acostarla de nuevo en su lecho, sin que ella tuviera la menor sospecha de que la hubiesen movido.

Solamente observamos anestesias de tipo diseminado, en placas, y pocas veces hemianestesia bien limitada. La extensión de su anestesia cutánea es, por lo general, muy grande; algunas veces comprende más de la tercera parte de la superficie del cuerpo. La topografía es irregular, no correspondiendo á zonas de inervación ó de irrigación sanguínea, ni siquiera á una topografía segmentaria ó funcional bien marcada. Dos placas han sido permanentes persistiendo á través de todas las mutaciones realizadas por las demás: 1.ª Placa supramamaria derecha, irregularmente elíptica, desde el borde derecho del esternón hasta la línea mamaria externa, y desde el borde inferior de la clavícula hasta el pezón de la mama: esta placa no coincide con ninguna zona histerógena ni inhibidora. 2.ª Placa subdeltóidea derecha, en la cara externa del brazo, de cuatro centímetros de ancho por seis ó siete de largo; carece de función excitante ó frenadora. En ambas zonas la anestesia es completa, resiste diez y ocho meses al tratamiento bromurado, y comprende las diversas formas de sensibilidad: tactil, dolorosa y térmica.



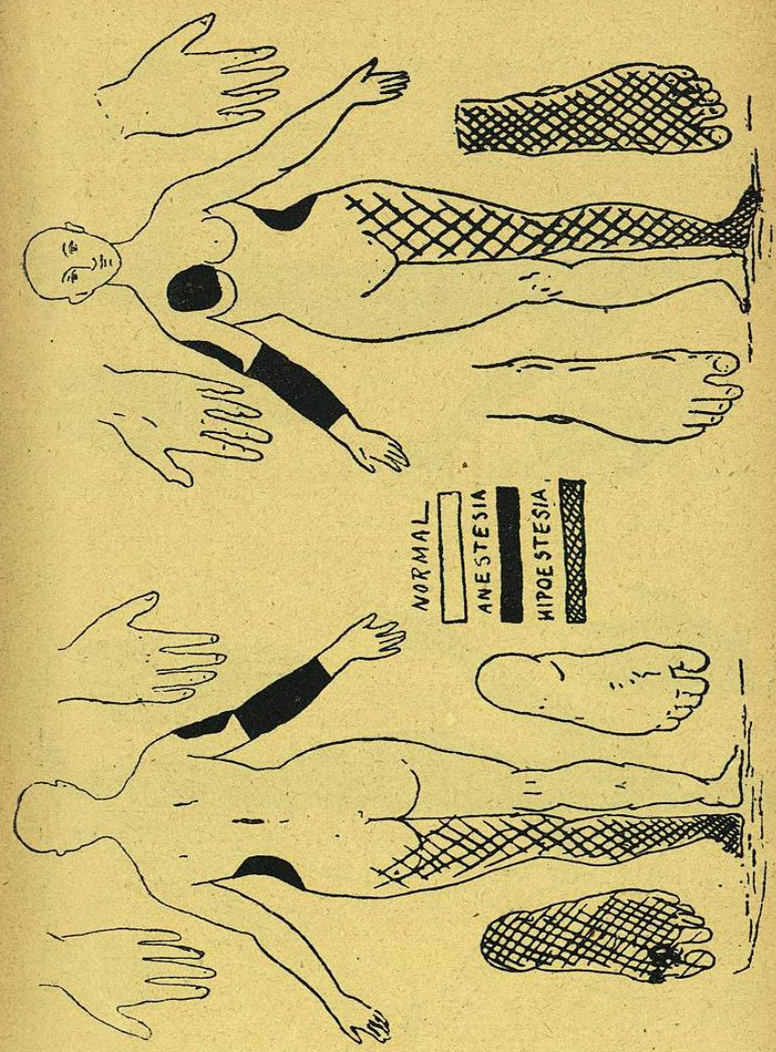
Placas anestésicas permanentes

Acompañan á las placas fijas otras zonas anestésicas transitorias, caracterizadas por su mutabilidad topográfica; nunca observamos, sin embargo, disociación de las diversas sensibilidades. He aquí, elegidos entre muchos otros *estesiogramas,* los tres más diferentes tomados en esta enferma, todos en un mismo bimestre.

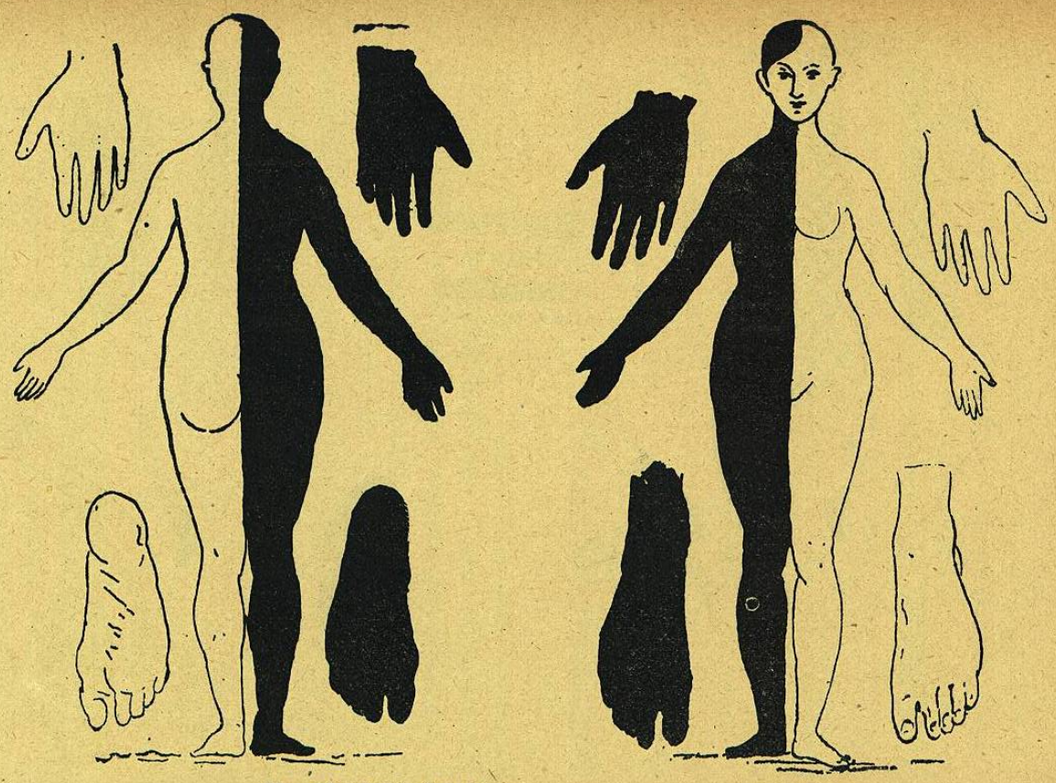
I.—Á fines de Abril de 1902, la enferma, además de sus dos placas permanentes, presentaba: 1.°, anestesia en forma de manguito sobre el brazo y antebrazo derecho; 2.°, anestesia en el hipocondrio izquierdo; 3.°, hipoestesia de toda la pierna izquierda.

II.—Á principios de Junio de 1902, la sensibilidad de la enferma dió un estesiograma de hemianestesia derecha completa, tomando todas las formas de sensibilidad cutánea y con perfecta conservación del sentido muscular profundo. Las placas permanentes estaban involucradas en la emianestesia derecha. La cara permaneció exenta de alteración, no ocurriendo lo mismo con el cuello y cuero cabelludo. En el centro de la espalda la anestesia invadía el omoplato izquierdo.

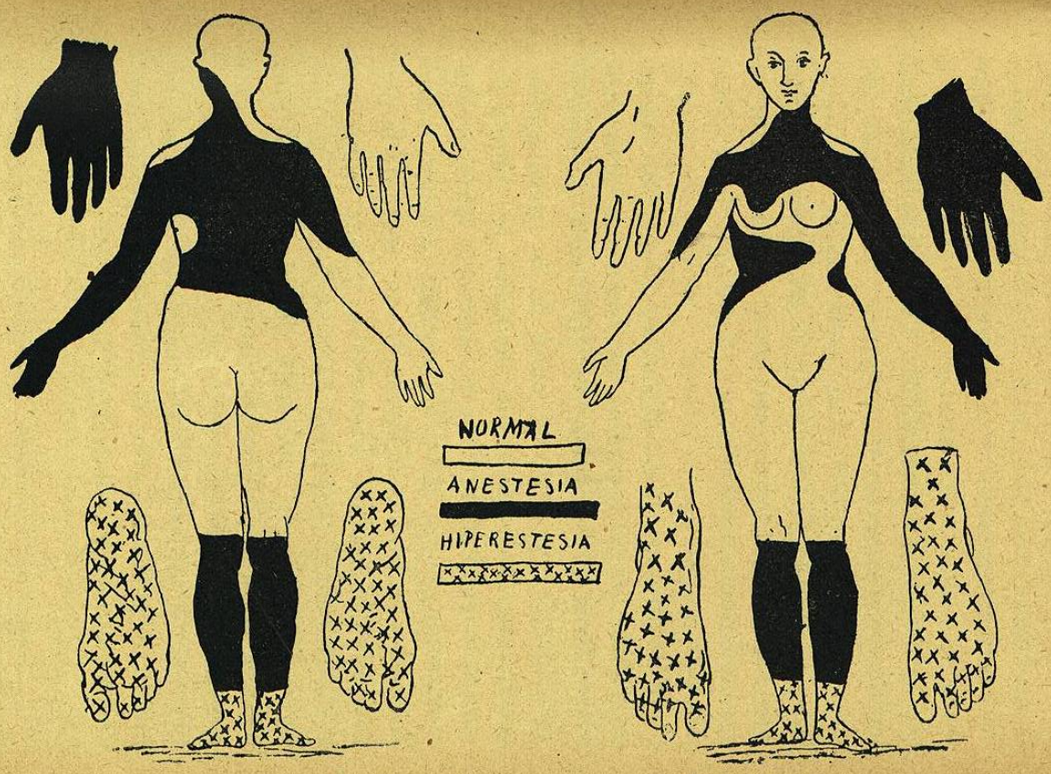
III.—Al terminar el mismo mes de Junio, tres semanas después de tomado el anterior, recogimos el siguiente estesiograma, caracterizado por la distribución irregular de las zonas anestésicas y acompañado de completa anestesia de la lengua y de toda la mucosa bucal. Ambos pies presentaban una hiperestesia en forma de zapato.



I.—*Mutabilidad de las zonas anestésicas transitorias*



II.—*Mutabilidad de las zonas anestésicas transitorias*



III.—*Mutabilidad de las zonas anestésicas transitorias*

Sin profundizar el estudio patogénico de las anestesias histéricas, en general, pues queremos limitarnos á la observación de su mutabilidad clínica, diremos que esos tres estesiogramas pertenecen á la época en que la enferma tuvo trastornos de la sensibilidad más extensos y movedizos, coincidiendo con anomalías de sus funciones menstruales y un sensible aumento en la frecuencia de sus accesos convulsivos: por ese entonces estaban reducidos habitualmente á uno por semana, pero llegaron á cuadruplicar esa proporción.

Sólo diremos que tres teorías dividen las opiniones sobre la patogenia de las anestesias histéricas. Para Janet (1) se trata de fenómenos puramente psicológicos, de desintegración de la personalidad, aislándose funcionalmente de todos los demás un centro cortical cualquiera; la anestesia sería la exteriorización de un islote de corteza cerebral cuyas funciones se hubiesen disociado del resto de la personalidad individual. Para Sollier (2) ese islote, que sería un centro funcional de la corteza, estaría dormido ó abotagado, pudiendo dormirse uno ó más centros, simultánea ó sucesivamente, en sueños parciales. Para Bernheim (3) la anestesia histérica es puramente psíquica y sus caracteres son absolutamente idénticos á los de la anestesia sugerida artificialmente á un sujeto dócil; en otras palabras, la

(1) *Automatisme Psychologique, Les accidents mentales, Névroses et idèes fixes*, etc.

(2) *Genèse et nature de l'hystérie, L'hystérie et son traitement*, etc.

(3) *De l'anésthésie hystérique: son mécanisme psychique*, en *Rev. de Médecine*.—Marzo 1901, etc.

anestesia del histérico es debida á la autosugestión, como la del hipnotizado es debida á la heterosugestión. Como ya dijimos en otro capítulo, las dos teorías de Janet y Sollier pueden sobreponerse, siendo la una interpretativa y clínica, mientras la otra es anatómica y fisiopatológica; en la opinión de Bernheim hay, sin embargo, una parte indiscutible de verdad, y puede comprobarla todo clínico que observe sin apasionamientos ni apriorismos: la imitación, la sugestión, la atención ó distracción, las emociones y otros fenómenos psicológicos pueden determinar, modificar ó suprimir en muchos casos una anestesia sensitiva ó sensorial, que en definitiva resulta ser una auto ó heterosugestión.

IV

Charcot (1) describió con el nombre de *diátesis de contractura* un estado especial de la tonicidad muscular, exteriorizado por la tendencia á entrar en contractura; esta diátesis sería peculiar de los histéricos y predispondría al desarrollo de las parálisis espasmódicas. De igual manera, la llamada *diátesis de amiostenia,* caracterizada por la tendencia á la hipotonia muscular, implicaría una predisposición á las parálisis flácidas. Richer (2) estudió con especial

(1) *Clinique des maladies du systéme nerveux*.—Passim.

(2) *Etudes cliniques sur la grande hystérie*, etc. *Paralysies et contractures hystériques*.