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*.

cuidado este punto, sosteniendo que ese estado no es parálisis ni contractura propiamente dichas, aunque tiene los caracteres de ambas; no se traduce exteriormente por signos objetivos, conservando el enfermo plena libertad de movimientos, hasta que un factor accidental provoca sus manifestaciones. Generalmente es ignorada por los sujetos en quienes se observa, y sólo algunos individuos saben que al hacer movimientos bruscos sus mienbros tienden á contracturarse en el momento en que los efectúan. Muchos autores creen ver en esta diátesis simples fenómenos de sugestión; así opina Déjerine (1).

En nuestra enferma la diátesis de contractura existe de modo bien marcado. Basta friccionar profundamente, en vigilia, los músculos de cualquiera de sus miembros, para determinar un hipertonus bien manifiesto, el cual se intensifica progresivamente hasta llegar á la contractura. El mismo resultado se obtiene friccionando los gruesos nervios en la raíz de los miembros ó aplicando una venda de Esmarch; en este último procedimiento debe recordarse la indicación de Brissaud: no comprimir demasiado, pues el efecto falla. Estas contracturas experimentales desaparecen espontáneamente en la enferma; su duración corresponde á la intensidad de la contractura producida.

La educación y la sugestión hipnótica influyen poderosamente sobre el desarrollo de esta tendencia á la contractura muscular, como veremos en seguida. En las enfermas educadas basta cualquier excitación

(1) En el *Tratado de Patología*, Bouchard.

mecánica, y aun la simple orden verbal para determinar la contractura de un miembro.

Según Charcot, la diátesis suele acompañarse de anestesia más ó menos neta, tactil y muscular. En nuestra enferma el miembro es sensible antes de determinar la contractura y anestésico mientras está contracturado, cesando la anestesia al normalizarse el tonus muscular. Sollier (1), que atribuye tan importante rol á la anestesia en la patogenia de todos los fenómenos histéricos, da la siguiente explicación de estas contracturas, en armonía con el criterio que preside su interpretación de la neurosis: «La contractura presenta una analogía completa con la catalepsia parcial, corresponde al mismo estado de anestesia, y sólo difiere por la manera de provocarse el movimiento determinante. En la catalepsia parcial, en efecto, se coloca el miembro en una actitud dada, sin producir contracción muscular. Como efecto de la anestesia muscular y de la inconciencia que tiene el sujeto acerca de la actitud de su miembro, es incapaz de modificarla, y el estado tónico persiste. En cambio, para la contractura, es necesario provocar una contracción muscular. Una vez producida la contracción y suprimidas las sensaciones musculares á causa de la anestesia profunda, como en el caso precedente, el sujeto no puede ya modificar la actitud asumida y la contractura persiste, como antes, en estado tónico.»

(1) *L'hystérie et son traitement.*