trastornos funcionales, con temporadas de verdadera gastritis alcohólica aguda.

Los reflejos tendinosos están exagerados; la motilidad y la kinesia son normales; hay temblor fino en los dedos, poco acentuado. No se constatan tics, espasmos ni mioclonias.

Sensibilidad general, tactil, dolorosa y térmica, normal; sólo se observa anestesia faríngea. Campo visual y reflejos pupilares, bien; hay ligera dificultad en la percepción diferencial de los colores.

Estado mental decaído. Aspecto imbeciloide; lenguaje reducido á un vocabulario escaso, acompañado de mímica deficiente, pronunciación mal entonada, pereza en la emisión de las palabras. Su conducta es normal, fuera de la tendencia impulsiva á beber; no obstante su reclusión en el manicomio, la primera preocupación al llegar á su casa fué buscar alguna bebida; como no la encontrara, por haberse previsto el caso, prorrumpió á llorar, diciendo que se le tenía desconfianza al tratarla como á una loca, incapaz de moderar sus propios impulsos dipsomaníacos. Con dificultad pudo su madre impedir que saliera á la calle en busca de bebidas, amenazándola con volverla inmediatamente al manicomio. Al examinarla, esta enferma reconoce que el alcohol es la causa de toda su desgracia, pero agrega que ella no tiene voluntad para resistir el deseo de beber, pues no se considera dueña de sí misma en el momento de su impulso dipsómano; desearía curar y está dispuesta á someterse á cualquier tratamiento, siempre que haya alguna probabilidad de regeneración.

V

La circunstancia de haber surgido la dipsomanía sobre un fondo de abulia histérica, favorece singularmente la terapéutica en casos como el actual; en rigor, su dipsomanía es un epifenómeno radicado sobre el terreno de la neurosis, gracias á un estado abúlico de la enferma y sin duda bajo la influencia de una hereditariedad alcohólica bien manifiesta. La dipsomanía subordínase á la abulia histérica, siendo fácil su tratamiento por la sugestión hipnótica.

Esta circunstancia, colocándonos ante un sujeto mucho más sugestible que los bebedores habituales no histéricos, permitió ensayar la cura mediante la simple sugestión verbal prehipnótica, sin necesidad de recurrir á las maniobras psicomecánicas aconsejadas por Berillón.

Antes de dormirla, advertimos á la enferma que el tratamiento consistía simplemente en dormir, pues al despertar sentiría repulsión por cualquier bebida alcohólica. De esta manera, tratándose de enfermos dóciles y muy sugestibles, es innecesaria la sugestión verbal *durante* el sueño hipnótico, pudiendo hacerse *previamente;* entonces la hipnotización sirve para intensificar las sugestiones verbales hechas en vigilia.

La enferma durmió fácilmente con sueño leve durante las dos ó tres primeras sesiones. En las siguientes, gracias á la educación hipnótica, el sueño

fué más profundo; pudimos observar un fenómeno que no hemos visto descrito en las monografías que se ocupan de hipnotización en los alcohólicos.

La enferma, al despertar, después de cinco minutos de sueño hipnótico, sufría una *pituita*, como suele ocurrir á los alcoholistas crónicos al salir del sueño normal. Al despertarla—dándole algunas leves palmaditas sobre la mejilla ó la frente—la enferma volvía en sí, sobresaltada, con fisonomía de miedo, llevándose las manos al pecho y á la garganta, muequeaba con visible desagrado, como si una sensación molesta le fastidiara las fauces, y en seguida, inclinando lateralmente la cabeza, escupía una bocanada de secreción acuosa, en cantidad de 40 gramos, que llegaba á la boca por regurgitación del estómago. Esa *pituita posthipnótica* es la mejor prueba de la profundidad del sueño experimental en estos alcoholistas.

Repitiendo después de cada sesión hipnótica las sugestiones verbales en vigilia, la enferma curó progresivamente de su dipsomanía. Las sesiones fueron dos por semana, durante dos meses; una por semana, durante el tercer mes; dos en el mes siguiente. Ha transcurrido más de un año, y no hay recidiva.

CAPITULO VIII

La astasia-abasia y su tratamiento

I. Concepción é historia de este sindroma.—II. Anamnésticos de nuestra enferma.—III. Comienzo de su afección.—IV. Los síntomas de la enfermedad.—V. Diversas formas clínicas de la astasia-abasia.—VI. Diagnóstico.—VII. Interpretación patogénica.—VIII. Astasia-abasia combinada con impulsos ambulatorios automáticos.—IX. Tratamiento psicoterápico.

I

Algunos enfermos, libres de fenómenos paralíticos, pues en cama ejecutan los movimientos ordenados ó espontáneos conservando su fuerza normal y una perfecta coordinación, no pueden, sin embargo, estar de pie ni caminar. Desde que sus plantas tocan el suelo, el enfermo *se hunde*, en el sentido literal de la palabra. Los miembros inferiores, fuertes y válidos para ejecutar cualquier otro movimiento, son inertes é incapaces cuando se solicita su trabajo para sostener el cuerpo ó caminar.

En el clásico tratado clínico de Briquet este sindroma histérico fué vagamente señalado mucho antes de que recibiera su nombre actual y la interpretación presente. Ocupándose de las paraplegias histéricas decía: