La voluntad de la enferma no modifica en lo más mínimo el ritmo y la rapidez de la disnea; solamente imponiéndole con brusquedad que deje de respirar ó respire con más pausa, se consigue modificar ligeramente el ritmo de dos ó tres movimientos respiratorios.

La experimentación clínica mediante el hipnotismo permite suprimir la disnea durante el sueño provocado, ocurriendo exactamente lo mismo que en el hipo histérico, como veremos; si alguna duda pudiera ofrecer el diagnóstico, quedaría disipada ante el control experimental de la hipnotización. Al despertar, la disnea reaparece, sin modificación alguna; dura ya más de una semana, sin haber cesado un solo momento, aunque con algunas brevísimas remisiones.

IV

El diagnóstico se impone desde que se observa detenidamente el caso. Basta para ello tener en cuenta el precepto general indicado por Dejerine (1) al tratar de los trastornos respiratorios en la histeria: «Lo capital—pues este hecho tiene una importancia de primer orden para el diagnóstico—es que todos los trastornos respiratorios de origen histérico cesan durante el sueño.»

La fisiopatología de la disnea histérica es un punto obscuro y mal discutido. Soucques pretende que

(1) Loc. cit.

se debe á una parálisis del diafragma ó á un espasmo de la glotis ó de los bronquios; esta opinión es mencionada por varios autores, sin que ninguno la patrocine ni intente demostrarla; Dejerine afirma que carece de base demostrativa. Nosotros la consideramos simplemente absurda. Más lógica y discutible es la siguiente explicación de Sollier, encuadrada dentro de su teoría general sobre la naturaleza de la histeria. El bostezo, el asma y la disnea, según Sollier (1), débense á que el enfermo no siente penetrar el aire en su pecho. Algunas veces le basta un esfuerzo para suplir esa aparente falta de respiración, y entonces se produce el bostezo; otras veces la anestesia de las vías respiratorias se intensifica bruscamente, y tenemos el acceso de asma; en otros casos, por fin, es permanente, y tenemos entonces la disnea. Pero al examinar las vías respiratorias de los grandes histéricos se constata siempre una disminución de la amplitud respiratoria. La curva puede ser casi rectilínea con ascensos muy ligeros, ó bien el trazado muestra una línea sacudida, tanto en la inspiración como en la expiración; también pueden observarse dos ascensiones débiles allí donde sólo debiera haber una fuerte, que se observa á veces. Por otra parte, con frecuencia, no siendo la anestesia de las vías respiratorias más marcada que la de todo el resto del organismo, el sujeto no siente malestar alguno, y es necesario buscarla para constatar su existencia.

«Esta es una observación general—agrega Sollier—, que tiene su importancia desde el punto de

(1) *L'Hystérie et son traitement*, pág. 262.

vista de la investigación de los trastornos latentes de la histeria, así como para dar la certidumbre de que ellos están curados; es decir, no debe olvidarse que las variaciones en la anestesia de los diversos órganos son las verdaderas causas productoras de los accidentes. Cuando la anestesia invade todo el organismo por igual, el sujeto se embota poco á poco, todas sus funciones se retardan al unísono, pero no hay grandes manifestaciones exteriorizables. Mas por ser poco ruidosos ó por no llamar tanto la atención, esos casos no son menos serios; algunos revisten más gravedad que los casos de parálisis, contracturas, crisis de diversa naturaleza, etc.»

Es evidente que la opinión de Sollier solo es admisible, en absoluto, si se acepta previamente su teoría sobre la histeria, todavía discutida y discutible.

V

En esta enferma, vista la inutilidad del inevitable bromuro de potasio, instituímos un noble ensayo de sugestión hipnótica y sugestión en vigilia, acompañada esta última por maniobras mecánicas coadyuvantes á la acción sugestiva.

La enferma durmió rápidamente con sueño completo, desapareciendo en el acto la disnea; su ritmo respiratorio se hizo regular, más profundo, y descendió al número de 24 movimientos por minuto. Se le hicieron sugestiones verbales para que al despertar

conservara ese mismo ritmo; pero al ser despertada la disnea reapareció súbitamente, sin haberse modificado en lo más mínimo por el sueño hipnótico. Ante ese contratiempo, y para no esperar hasta el día siguiente, en que se repitiría la hipnosis, usamos la sugestión en vigilia, acompañada de gimnasia respiratoria, teniendo en cuenta que, según Sollier, los ejercicios de respiración artificial ayudan mucho la vuelta de la sensibilidad del aparato respiratorio, y por lo tanto favorecen la desaparición de todos los accidentes debidos á la anestesia.

Después de severas indicaciones verbales, cuya síntesis era demostrar la inevitable suspensión de la disnea mediante la respiración artificial, acostamos á la enferma; procedimos á efectuarla, practicando 20 movimientos respiratorios por minuto.

Durante los primeros movimientos la disnea persistió; pero antes de tres minutos su ritmo comenzó á retardarse progresivamente. No habían transcurrido cinco minutos cuando la respiración estaba completamente adaptada á los movimientos del operador. Continuamos pocos minutos más, insistiendo en las sugestiones orales relativas al éxito de la maniobra, comunicando por fin á la enferma que ya estaba curada y podía prescindir de nuestra cooperación mecánica. Pocos minutos duró el feliz resultado, pues de nuevo se aceleró el ritmo respiratorio. Fué preciso repetir las maniobras de respiración artificial, normalizar de nuevo su curso é insistir con más convincentes sugestiones verbales sobre el ánimo de la enferma. Al suspender la maniobra por segunda vez, la enferma continuó respirando normalmente.