

estigmas hereditarios ó adquiridos. Por último, hay además todo el grupo de las infecciones no bien conocidas, de las auto-intoxicaciones, cuyo papel, todavía mal dilucidado en lo que respecta al mecanismo de las epilepsias, será tal vez demostrado en su día.

PRONÓSTICO. — La epilepsia puede curar espontáneamente en todas las edades; sin embargo, esta eventualidad se realiza pocas veces.

De una manera general, la gravedad del mal comicial es extrema. Pero al hacer la apreciación del pronóstico, hay que tener en cuenta las condiciones etiológicas, la naturaleza presunta de las lesiones cerebrales y la antigüedad de la afección. Es evidente que las epilepsias sifilíticas y traumáticas, aquellas que tienen como punto de partida una lesión periférica, podrán ser en lo general más accesibles á la acción terapéutica. En la inmensa mayoría de casos, el mal epiléptico conduce ya á la demencia, ya á la muerte, en estado de mal, con motivo de un acceso aislado (síncope, rotura del corazón, hemorragia meníngea, estrangulación, etc.).

DIAGNÓSTICO. — Es á menudo difícil el diagnóstico de la epilepsia, habida razón de la diversidad de formas que puede revestir el paroxismo, de la falta de todo signo patognómico, de la imposibilidad en que se encuentra el clínico de presenciar en casi todos los casos los caracteres del acceso, debiendo atribuirlos siempre á descripciones más ó menos fieles de personas incompetentes. Por otra parte, el enfermo y las personas que le rodean, ignoran algunas veces la existencia de las crisis, ya porque se producen únicamente durante el sueño de la noche, ya porque en su forma rápida, discreta (desvanecimientos), pasan inadvertidas.

En semejante caso, cuando llegamos por cualquier motivo á sospechar la epilepsia, es conveniente instituir una investigación metódica. Es preciso investigar con cuidado las señales materiales que los ataques dejan algunas veces en pos de sí, como manchas en las ropas de cama ó personales, mordeduras de la lengua, cicatrices, equimosis palpebrales, contusiones sin explicación plausible, etc. Hay que tener también en consideración, pero sólo como indicios probables, el hábito exterior del enfermo, las deformidades (asimetría de la cara ó del cráneo, sinostosis, bóveda palatina ojival, dientes, etc.), las anomalías de desarrollo, en una palabra, los estigmas de degeneración orgánica que se encuentran.

El diagnóstico diferencial de los vértigos epilépticos con las demás especies de vértigos, no presenta en general verdaderas dificultades. El vértigo *laberíntico* no tiene como síntoma la pérdida del conocimiento, y el examen del aparato auditivo revela una disminución notable de la agudeza auditiva de uno de ellos. El vértigo *neurasténico* y el vértigo de *origen gástrico* se reconocerán en sus caracteres especiales, como son el conservar la conciencia sin mayor duración y las sensaciones vertiginosas. Todos éstos faltan en el vértigo epiléptico, el cual no es, hablando con propiedad, sino una pérdida repentina de la conciencia, con ó sin caída del enfermo, y no un verdadero vértigo.

(El diagnóstico entre el vértigo histérico y las diferentes formas del ataque histérico que simulan los paroxismos epilépticos, se encontrará en el capítulo siguiente del *Histerismo*).

Los *síncofes*, que se repiten á menudo, como se observa en ciertos sujetos

que los padecen á la menor emoción, pueden confundirse con los vértigos epilépticos; pero la aparición constante de estas crisis, por la influencia de una emoción y la detención de los latidos radiales, nos permitirán sospechar su naturaleza.

Hay que citar también, entre los trastornos que simulan el vértigo epiléptico, las caídas repentinas, con ó sin pérdida de conocimiento, que sufren los atáxicos en la esclerosis lateral amiotrófica. Presentándose á veces el ataque epiléptico en forma de *ictus* apoplético, nos obliga á diferenciarle de la apoplejía común ligada á la hemorragia ó á las trombosis centrales del ictus apoplético, de la parálisis general progresiva, de la esclerosis en placas, etc.

El diagnóstico de las manifestaciones psíquicas de la epilepsia, cuando se producen aisladamente con independencia de las crisis convulsivas, presenta las mayores dificultades. Es casi imposible diferenciarlas de los delirios ó locuras transitorias que se observan en los degenerados, é inversamente hay que saber distinguir y no atribuir á la epilepsia los delirios tóxicos ó sistemáticos que pueden coexistir en un epiléptico con las diversas modalidades de los paroxismos comiciales, de los que son independientes.

La epilepsia *simulada* no se reconoce sino cuando se trata de descubrir una superchería grosera, ó si el enfermo añade al síndrome clásico alguna manifestación, que es evidentemente extraña á él. La dilatación de la pupila es un buen signo de la veracidad del acceso. En cuanto á las modificaciones del pulso, respiración y presión arterial, su investigación necesita el empleo de maniobras y aparatos que difícilmente pueden utilizarse en la práctica común.

Una vez establecido el diagnóstico de la epilepsia, quedamos precisar, en cuanto sea posible, la causa determinante. Esta segunda parte del problema exige el examen completo del paciente, una investigación profunda acerca de sus antecedentes personales y hereditarios; en una palabra, de todas las condiciones etiológicas en medio de las cuales se haya desarrollado la enfermedad.

TRATAMIENTO.—El tratamiento general de la epilepsia comprende:

1.º Investigación y supresión de las causas de irritación local de los diversos órganos (intestino, útero, heridas de los nervios, etcétera).

2.º La sumisión del paciente á las reglas de una higiene rigurosa que aleje todas las causas de excitación susceptibles de provocar la vuelta de los accesos (abuso de los alcohólicos, emociones, fatigas, excesos genitales, etc.).

3.º Las prescripciones dirigidas contra los estados tóxicos (plomo, alcohol) diatésicos ó las infecciones crónicas (sífilis), que exigen medicaciones especiales.

4.º Por último, y sobre todo, el empleo de la medicación bromurada y de algunos agentes físicos, como la hidroterapia.

Para que sea eficaz la medicación bromurada, debe ser continuada y suficientemente intensiva. Conviene vigilar con atención su efectos, disponiéndose á evitar, lo mismo la atenuación por las dosis cotidianas, que á poner en práctica algunos medios paliativos (baños antisépticos, antiseptia intestinal, uso de la leche, etc.) contra los accidentes de la intoxicación brómica.



## III

## HISTERISMO

Este nombre, impropio á todas luces, pero consagrado desde la antigüedad por el uso, sirve para designar un conjunto de trastornos funcionales ó dinámicos del sistema nervioso, muy numerosos y diversos, que asociándose y agrupándose de mil maneras, realizan, según los casos, síndromes de una variedad que pudiera decirse indefinida.

Más movibles, se ha dicho, que «las formas de Proteo y los colores del caleón», estos fenómenos están regidos, sin embargo, por leyes rigurosas; poseen cierto número de caracteres que le son propios, que el análisis clínico y psicológico han sabido distinguir, y que permiten que se les reconozca y se les diagnostique con seguridad, aun bajo los múltiples aspectos que son susceptibles de revestir. Por esto constituyen, á despecho de su polimorfismo, un grupo verdaderamente aparte en el conjunto de los síndromes y de las afecciones *sine materia* del sistema nervioso. Los límites de este grupo, cuya extensión es considerable, no aparecen todavía, es cierto, con relieve suficiente; sus fronteras son un poco indecisas, pero su autonomía no es por esto menos real y legítimamente reconocida por la mayoría de los clínicos, de los nosógrafos y de los psicólogos.

**HISTORIA.** — Aparece el histerismo siendo tan antiguo como la humanidad. Su historia nosográfica se remonta á los más lejanos escritos de los médicos y de los filósofos de la Grecia. Platón nos habla de él ya en su *Timeo*; Hipócrates, Celso, Galeno y Boerhaave, legaron ya algunos de los síntomas y pequeños cuadros descriptivos del histerismo, con discusiones acerca de sus causas y su naturaleza, en muchos pasajes de sus obras.

Los pintores y cronistas de la Edad Media han dejado acerca de las epidemias de danza y de demonopatía que reinaron en aquella época, importantes documentos escritos ó dibujados, que Charcot y Richer (1), Pitres, Gilles de la Tourette han sacado á luz en sus interesantes trabajos de exégesis y de crítica histórica. Desde el Renacimiento hasta la época moderna, los observadores que han ejercitado su talento y su imaginación en el estudio de la neurosis histérica, son infinitamente numerosos: la bibliografía de sus trabajos es tan vasta, que nos sería imposible enumerarlos ahora, indicando como vendría, la parte original y el alcance de cada uno de ellos. Desde luego, la mayor parte de sus descripciones son muy imperfectas. Sostienen, en diverso grado, la antigua confusión del histerismo con la hipocondría y la epilepsia, y no hay que decir que con los estados neurasténicos que Beard ha sacado recientemente del caos del antiguo neurosismo. Es preciso, sin embargo, exceptuar las descripciones de Ch. Lepois, y sobre todo las de Sydenham (2). Este gran maestro, trazó las principales manifestaciones de la neurosis histé-

(1) Consúltese con este objeto: Charcot et P. Richer: *les Démoniaques dans l'art*. Paris, 1887; — *les Maladies et les Difformités dans l'art*. Paris, 1889; — la collection de la *Nouvelle Iconographie*.

(2) Sydenham, *Médecine pratique*, trad. Jault, 1799.

rica, cuadros clínicos de una fidelidad perfecta. Había entrevisto ya el gran carácter de la neurosis que Charcot ha puesto de relieve en nuestros días, cual es el que simula la mayor parte de las enfermedades orgánicas. El histerismo, decía Sydenham, «imita casi todas las enfermedades que atormentan al género humano, porque en cualquier parte del cuerpo que se encuentre, allí produce inmediatamente los síntomas que son peculiares á esta parte. Y si el médico no tiene bastante sagacidad y experiencia, se engañará fácilmente, y atribuirá á una enfermedad esencial y propia á tal ó cual parte, síntomas que dependen únicamente de la afección histérica». Conoció también el histerismo masculino, siendo uno de los primeros en rechazar la absurda teoría que durante tan largo tiempo hizo de la matriz, de sus largas peregrinaciones á través del cuerpo, de su inflexión y de sus dolores, centro alrededor del cual gravitan todas las manifestaciones de la neurosis. Pero estas observaciones de Sydenham fueron desconocidas para la mayoría de los autores del siglo pasado, y aun de los de la primera mitad de éste. Con Stahl, Hoffmann, Sauvages, Astruc, Loyer-Villermay, Landouzy y Romberg, reaparecen nuevamente la confusión en las descripciones clínicas y la creencia en el origen uterino de los accidentes histéricos. Solos, ó casi solos, Brodie (1837) en Inglaterra, y Brachet y Georget en Francia, supieron desentrañar y ver el carácter esencialmente dinámico, y aun el papel preponderante del estado mental, de la ideación en el desarrollo de los trastornos neuropáticos del histerismo.

El período verdaderamente científico y fecundo en la historia del histerismo, es el que comprende desde la publicación del *Tratado* de Briquet en 1859, hasta nuestros días. En él se han realizado estos dos grandes progresos: 1.º, la determinación precisa de los caracteres clínicos propios de los accidentes histéricos y de los síndromes tan diversos que estos son susceptibles de formar, lo cual ha permitido separar, de una vez para siempre, el histerismo de la epilepsia, neurastenia y estados vesánicos con los que venía hasta hace muy poco más ó menos confundido; 2.º, la demostración metódica del origen y de la naturaleza psíquica de la mayor parte de sus síntomas, y, por tanto, la clasificación, definitiva sin duda, de esta neurosis, en el cuadro de las enfermedades mentales. Estos dos órdenes de nociones, al propio tiempo que han asegurado la individualidad nosográfica de la especie morbosa histerismo, indican suficientemente el alcance práctico y el interés especulativo de los trabajos consagrados á su estudio en el transcurso de estos últimos años.

Las investigaciones de Briquet merecían en todos conceptos fijar la atención de los observadores. Sin embargo, su obra tuvo poco eco y la mayoría de los médicos permanecieron indiferentes y aun excépticos con respecto al histerismo, cuando Charcot, en 1870, inauguró con la descripción del gran ataque y de la hemianestesia, la brillante serie de sus estudios clínicos. El analizó y sintetizó los estigmas permanentes; demostró todo el partido que se podía sacar de la investigación de estos signos para el diagnóstico clínico de esta enfermedad. Por sus observaciones acerca del histerismo masculino hasta entonces muy olvidado sobre el histero-traumatismo, ignorado ó desconocido de la mayoría de sus contemporáneos, ensanchó singularmente el dominio de la neurosis que tan bien había cultivado. Por último, en sus lecciones de 1884 y 1885 volviendo, para completarlos y explicarlos, á los antiguos trabajos de



Brodie (1) y de Russel, Reynolds (2), probó por un análisis clínico minucioso que ciertos trastornos graves del movimiento (parálisis post-traumáticas) no podían explicarse por ninguna lesión material de los nervios, de la médula ó del encéfalo, sino únicamente por un fenómeno moral ó psíco-fisiológico. «En ciertas circunstancias —decía— una parálisis podía producirse por una idea... Esta idea, una vez instalada,  *fija*  en el ánimo y reinando sin comprobación va desarrollándose y adquiriendo bastante fuerza para realizarse objetivamente en forma de parálisis», y confirmaba esta explicación reproduciendo por sugestión esta parálisis, ya en el enfermo mismo, ya en otros sujetos histéricos. Charcot insistió, además, acerca de la importancia y del papel de la  *idea fija*  en la génesis de las contracturas, de las hiperestesias, del mutismo y de la anoxeria. Por esto, ha sido el iniciador de la investigación médico-psicológica que en estos últimos años ha sentado sobre sólidas bases la doctrina del histerismo, enfermedad mental y casi dilucidado el mecanismo psíquico, no solamente de los delirios, sino también de la mayor parte de los accidentes de apariencia física por los cuales se afirma. En primera línea de estos estudios psicológicos, ya numerosos y que recordaremos multitud de veces en el curso de este artículo, están indudablemente los notables trabajos de Pierre Janet (3) en Francia, y los de Mœbius (4), Strümpell, etc., en Alemania.

#### Etiología.

El histerismo es una enfermedad frecuente en nuestra época, pero casi puede asegurarse que lo ha sido siempre. Tal vez, sin embargo, ha invadido con una intensidad particular ciertos países en momentos especiales de su historia, bajo la influencia de causas complejas, morales y físicas, que pueden entretenerse, pero que sería muy atrevido tratar de precisar. Es esta una hipótesis á que nos autorizan cuando menos nuestros conocimientos actuales acerca de la naturaleza psíquica y el carácter contagioso de la gran neurosis. No hay medio de librarse de este pensamiento cuando se leen los relatos de demonopatía, de brujería, de danzas epidémicas que nos han legado los autores de la Edad Media. Sabemos que estas diversas manifestaciones histéricas adquirieron en los siglos XIII al XVII, las proporciones de un verdadero azote, tanto que Sydenham pudo declarar, en su tiempo, que la afección histérica era «la más frecuente de todas las enfermedades crónicas».

Edad. — Se presenta y se desarrolla esta enfermedad más á menudo que en la pubertad y en los primeros años subsiguientes á esta época crítica. Según las estadísticas de Georget, de Landouzy y de Pitres (5), alcanza su máximo de frecuencia entre los quince y los veinticinco años; durante este período de trastornos, que según la frase muy justa de Pierre Janet, comprende, no sólo

(1) Brodie, Lectures illustr. of certain local nervous affections. London, 1837.

(2) Russel Reynolds, Remarks on paralysis and others disorders of motion and sensation dependant on idea, 1869.

(3) Pierre Janet, L'automatisme psychologique. Paris, 1889; — État mental des hystériques. Les Stigmates mentaux et Accidents mentaux. 2 volumes, collection Charcot-Debove, 1892 et 1893.

(4) Mœbius, Ueber den Begriff der Hysterie. *Centralblatt für Nerven Heilkunde*, xi, 1888, n.º 3.

(5) Pitres, Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hynotisme.

la edad de la pubertad física, sino también de la pubertad moral, época en que los grandes problemas de la vida, como la elección de carrera, el amor, y otros se plantean simultáneamente.

El histerismo es bastante raro en los primeros años; antes de la edad de diez años es excepcional (1), y rara vez también se desarrolla pasados los cuarenta años (2).

Sexo. — El histerismo no es, como se creía en la antigüedad, una afección especial del sexo femenino. Briquet cuenta 11 casos masculinos por 204 femeninos. Recientemente, Bodenstern, según los datos recogidos en las clínicas de Mendel y de Eulenburg, fija en 1 por 10 la proporción relativa de los casos de histerismo en el hombre y en la mujer. Estas cifras son con seguridad inferiores á la verdad. Basta para convencerse de ello, echar una mirada sobre las estadísticas publicadas en Francia en estos últimos años, es decir, desde que el histerismo en el hombre está mejor y más estudiado. Marie, en el *Progrés Medical* de 1889, deducía de sus investigaciones estadísticas, hechas en la consulta del Despacho central, que el histerismo en el hombre era muy frecuente en las clases inferiores de la sociedad; «parece — escribía — mucho más frecuente que el histerismo en la mujer». Los datos comparativos establecidos por Souques, Pitres y Bitot, han venido á confirmar casi esta aserción, por lo menos en lo referente á las clases pobres de las poblaciones, las que están más expuestas á las privaciones, traumatismos, intoxicaciones crónicas; en otros términos, á las causas que provocan habitualmente el desarrollo del histerismo en el hombre. No hay que esperar tampoco, como Charcot lo hizo notar con mucha razón, el encontrar el histerismo del hombre en individuos imberbes, débiles y con atributos exteriores femeniles. Por el contrario, se observa ordinariamente en los obreros vigorosos, sujetos á trabajos rudos y cuya cultura intelectual y sensibilidad no son nada refinados. A mayor abundamiento, los médicos militares han publicado numerosos casos sacados de todos los ejércitos de Europa, y, finalmente, está muy extendido en los presidios.

Se ha observado el histerismo en todos los climas, y digan lo que quieran ciertos autores anglo-sajones, en todos los pueblos, por todas partes y siempre es idéntico á sí mismo. Es, como la mayor parte de las enfermedades nerviosas, muy común en la raza israelita.

Herencia. — La herencia neuro-artrítica, desempeña en el histerismo, como en todas las enfermedades mentales, un papel absolutamente preponderante. Georget, Briquet y Charcot están de acuerdo en reconocer que esta neurosis es una enfermedad hereditaria en primer término. La herencia llamada de *transformación*, es en la etiología la más común, puesto que la herencia *similar* sólo se ha observado próximamente en un tercio de los casos.

La influencia hereditaria es tan manifiesta en el histerismo del hombre, como en el de la mujer. E. Batault ha comprobado que en 31 histéricos masculinos, 26 pertenecían indudablemente, por sus antecedentes hereditarios, á la familia neuropática.

(1) Véase con este motivo: Clopatt, Étude sur l'hystérie infantile, Helsingfors, 1888. — Burnet, Thèse de doctorat. Paris, 1891. — A. Ollivier, Rapport sur une Mémoire du D<sup>r</sup> Chaumier. *Bullet. Acad. de méd.*, 1892.

(2) De Fleury, Hystérie sénile. Thèse de doctorat. Paris, 1890.



Según Grasset, los padres escrofulosos ó tuberculosos, engendran á menudo hijos histéricos ó neurópatas; esta opinión merece estudiarse para ver si se confirma.

Las condiciones morbosas hereditarias de donde deriva la predisposición al histerismo, explican la frecuencia con que esta neurosis se presenta asociada en un mismo sujeto á tal ó cual forma de psicopatía, ó también á la neuroastenia, á la epilepsia, etc.

La predisposición hereditaria no va, como fácilmente se puede comprobar, seguida siempre de histerismo. Prácticamente es algunas veces muy difícil establecerla en razón de las dificultades, de todos conocidas, que impiden habitualmente la investigación de los antecedentes de familia. Tal vez también hay casos en que su intervención no es en manera alguna necesaria, porque ciertas causas accidentales (intoxicación) bastan por sí solas para realizar el estado histérico en individuos exentos de toda mancha hereditaria. Sea lo que fuere, no hay, ó no estamos autorizados por esto para poner en duda, como han hecho algunos autores, la influencia de esta causa predisponente por excelencia. Además, si la predisposición hereditaria permanece latente algunas veces hasta el día en que una causa provocadora hace aparecer el histerismo, á menudo se revela desde la infancia por ciertos signos particulares. No es raro, en efecto, observar en los jóvenes destinados á ser más tarde histéricos, ciertos trastornos neuropáticos, seguramente sin gravedad inmediata, pero cuyo alcance y significación no pueda dudarse. Tales son: constricciones de garganta, sofocación, crisis de vómito, sobreviniendo sin causa apreciable, ó bien con motivo de emociones morales, terrores nocturnos, crisis de hipo, epistaxis, etc. Georget, Charcot y Pitres, han insistido, con razón, acerca del valor pronóstico de estos accidentes, registrados en el pasado de gran número de histéricos y que consideran como síntomas precursores más ó menos lejanos de las grandes manifestaciones de la neurosis. Estos trastornos, estos pródromos no han sido estudiados con todo el detenimiento que merecen, y sería realmente interesante el conocerlos bien, en razón de las indicaciones que suministran para el tratamiento profiláctico del histerismo.

AGENTES PROVOCADORES. — Las causas susceptibles de provocar la explosión del histerismo son tan numerosas, y tan variadas, que es muy difícil en este momento enumerarlas por completo. Todos los choques de orden moral y de orden físico, todos los estados morbosos agudos ó crónicos, capaces de debilitar el organismo y de deprimir la energía mental, pueden determinar, en sujetos predispuestos, el desarrollo de la afección histérica. Esta multiplicidad de causas determinantes de una enfermedad autónoma, y que siempre queda semejante á sí misma, á pesar de la diversidad de condiciones etiológicas que la engendran, nos parece ser una de las particularidades más curiosas de la historia natural de la gran neurosis. Es instructiva, porque nos demuestra hasta la evidencia la autonomía, la legitimidad de las especies nosográficas y la preponderancia patogénica del terreno del individuo, sobre las causas contingentes y accidentales. Podemos, siguiendo el ejemplo de G. Guinon (1) que ha trazado en su Tesis inaugural el cuadro más completo, clasificar en cuatro

(1) G. Guinon, les Agents provocateurs de l'hystérie. Thèse de Paris, 1889.

grupos principales las más importantes causas provocadoras: 1.º Las emociones; 2.º, los traumatismos; 3.º, las intoxicaciones; 4.º, las enfermedades infecciosas y las enfermedades generales.

1.º EMOCIONES MORALES. — El terror, las preocupaciones, los sobresaltos, todas las conmociones psíquicas sean las que fueren, he aquí las causas más comunes que se encuentran en el origen de la mayor parte de los casos de histerismo.

2.º EL TRAUMATISMO ocupa también un puesto importante entre los agentes provocadores del histerismo, sobre todo en el hombre. Puede también cuando recae sobre un individuo en estado de histerismo, provocar síndromes nuevos, así como determinar, en sujetos hasta entonces solamente predispuestos, la aparición de las primeras manifestaciones de la enfermedad.

Ya sabemos que el estudio del *histero-traumatismo* se inauguró por una serie de investigaciones hechas en América y en Inglaterra, principalmente acerca de los accidentes nerviosos que suceden en las colisiones de los ferrocarriles (Railway-Brain, del railway-Spin): en 1885, Charcot, en sus lecciones de la Salpêtrière, indicó y precisó las relaciones del histerismo y del traumatismo. A partir de este momento, las observaciones se multiplicaron; Troisier, Berbez, Bataille, Vibert, Grasset, Strumpell, Oppenheim, etc., publicaron ejemplos. En esta época, surgió una importante discusión acerca de la naturaleza de los estados neuropáticos desarrollados á consecuencia y bajo la influencia de los traumatismos. Sólo podemos ahora recordar los puntos principales de la misma. Algunos observadores alemanes, entre otros Leyden, Oppenheim, Thomsen, y Strumpell, exageraron la importancia de la noción etiológica, y tal vez no teniendo presente sino un concepto incompleto del polimorfismo de los síndromes histéricos en el hombre, de las formas complejas, en las cuales el histerismo y la neurastenia se presentan asociadas, sostuvieron que estos trastornos funcionales de origen traumático debían separarse en su mayor parte del cuadro de estas neurosis, y agruparlos en una especie nueva que llamaban *neurosis traumática*. Charcot y sus discípulos afirmaban, por el contrario, que los trastornos nerviosos de orden dinámico que se observa en los traumatizados, no difiere en nada de los síntomas habituales, ya del histerismo, ya de la neurastenia mejor caracterizada; demostraron que ambas neurosis, asociándose en el mismo individuo, constituyen una forma compleja sin género de duda, pero particularmente frecuente en el grupo de los traumatizados; que esta misma asociación de ambas neurosis se encontraba también en individuos indemnes de todo traumatismo; que cada tipo de la serie traumática tenía su simetría en la serie de casos de histerismo ó de histero-neuro-astenia más legítimos, desarrollados merced á las más diversas causas; que, por lo tanto, no estábamos autorizados á constituir sobre este grupo de hechos una especie nosográfica nueva, una neurosis traumática, distinta del histerismo y de la neurastenia propiamente dicha (1). Grasset, de Montpellier, ha sostenido igualmente la tesis del histerismo traumático, histerismo especial.

(1) Véase con este motivo: Charcot, Leçons cliniques, 1885-1889. — G. Guinon, *loc. cit.* — Gilles de la Tourette, Traité de l'hystérie, t. 1, p. 80 et suivants. — Dutil, Hystérie et Neurasthénie associées. *Gazette méd. de Paris*, 1889. — Véase la discusión en la Société de méd. de Berlin in *Deutsche med. Wochens.*, 29 Marzo 1888. — Thomsen, Die Traumatische Neurosen, 1889, etc.