

En realidad, el histerismo, sea cual fuere la causa ocasional que le provoque, es siempre idéntico á sí mismo. En Francia, como en Alemania, reina la doctrina de la Escuela francesa, la del histerismo «uno é indivisible» (Brisaud). Desde luego, el traumatismo, cuando provoca el desarrollo de un síndrome histérico ó histero-neurasténico, obra principalmente por el choque moral que la acompaña, por la imagen del terror, la inquietud que deja en el ánimo del traumatizado. La violencia física, por su parte, nada puede para localizar la manifestación histérica, pero es el estado emocional que prepara y permite por un mecanismo psíquico, que estudiaremos después, la realización de los síndromes histéricos. Por esto, el modo de acción de este agente provocador no difiere en nada esencial del de las emociones morales, de los disgustos más comunes. Este es un punto del que no se han apercibido lo suficiente los partidarios de una neurosis especial de los traumatizados. De haberlo hecho, hubieran desechado la hipótesis poco filosófica, ó resumido su doctrina, á saber: que una emoción, como la que es efecto de un accidente físico (traumatismo) ó accidente puramente moral, puede acarrear trastornos funcionales del sistema nervioso, clínicamente idénticos, pero subsidiariamente desemejantes en cuanto á su naturaleza.

Al lado de los agentes traumáticos accidentales comunes, hay que citar, además, los efectos del rayo, que han sido analizados por Charcot en una de sus lecciones del martes (lección 19, año 1889), los traumatismos quirúrgicos, y aun algunos «traumatismos internos» (Potain), los cólicos hepáticos ó nefríticos.

3.º Intoxicaciones. — Algunas intoxicaciones crónicas determinan á veces la aparición del histerismo en sujetos predispuestos ó agravan, por su intervención, el histerismo preexistente. Las intoxicaciones por el *plomo*, el *alcohol* y el *mercurio*, son las más aptas para provocar el desarrollo de la neurosis (1). Se ha visto también aparecer el histerismo bajo la influencia del envenenamiento por el sulfuro de carbono (Marie), por el óxido de carbono, por el nicotinismo (Gilbert) y por la intoxicación de la morfina (Neveu-Dorotice).

Para explicar las relaciones entre los estados tóxicos y el histerismo, se han propuesto dos teorías patogénicas. Devove, Achard y Dreyfus, admiten que ciertos agentes tóxicos como el plomo, alcohol y mercurio, son capaces de crear de una vez, ajeno á toda predisposición hereditaria, un histerismo particular distinto del histerismo común. Habría, por lo tanto, un histerismo saturnino, alcohólico, mercurial, etc., teniendo cada uno de ellos en cierto modo, su autonomía nosográfica. Pero á decir verdad, estos histerismos son clínicamente idénticos al histerismo común. El estado mental de los sujetos es igual en estas dos categorías. Charcot, que tenía el mayor respeto para las especies nosográficas establecidas y que no admitía que se las desmembrara sin serias razones, sostuvo que el histerismo tóxico no era sino el histerismo común, histerismo sin apellido, desarrollado merced, sí, á la intoxicación, pero en suje-

(1) Consúltese con este motivo: Hamant, Hémianesthésie saturnine. Thèse de Paris, 1879. — Debove, De l'apoplexie hystérique. *Bull. de la Soc. méd. des hôp*, 1886. — Achard, Apoplexie hystérique. Thèse de doctorat, 1887. — Charcot, Hémianesthésie hystérique et hémianesthésie toxique. *Bull. méd.*, 1887. — Letulle, Hystérie saturnine. *Semaine médicale*, 1887; De l'Hystérie mercurielle. *Soc. méd. des hôp* 1887. — Potain, *Bull. méd.*, 1887. — Dreyfous, De l'Hystérie alcoolique. *Union médicale*, 1877. — Hirschmann Thèse de doctorat, 1888. — G. Guinon, *loc. cit.* — Etc.

tos individualmente predispuestos, candidatos, si no son ya histéricos. Hay que notar, por otra parte—y esta es una particularidad que no ha sido suficientemente indicada— que en la mayor parte de los casos de histerismo tóxico, alcohólico, saturnismo ó mercurial, la intoxicación no es nunca la *única causa*. Sucede casi siempre, que á consecuencia y bajo la influencia de una emoción, de un temor, en una palabra, de una perturbación mental, estos intoxicados caen en el histerismo. Por esta razón también, su histerismo no difiere de los más comunes, de los más auténticos. La intoxicación prepara principalmente el terreno, acentúa ó realiza la predisposición si ésta no existía ya. Después, sobreviene un choque moral y aparecen las primeras manifestaciones.

Pitres ha emitido con este motivo una opinión más ecléptica. Llama la atención acerca de que en el conjunto de casos de histerismo de origen tóxico, los hay que pertenecen evidentemente al histerismo verdadero. En el desarrollo de estos casos, el papel del agente tóxico ha sido exactamente el de una causa ocasional cualquiera, obrando sobre un sujeto predispuesto. Pero, añade, que importa mucho no confundir el histerismo verdadero que se desarrolla por accidente en algunos intoxicados, con los trastornos histeriformes propios de la intoxicación y que resultan directamente de la acción del veneno introducido en el organismo sobre los elementos ganglionares. La advertencia revela gran sagacidad, pero ¿cómo evitar esta confusión? ¿cómo diferenciar ambos hechos? Hasta ahora, hay que confesarlo, no existe ningún signo distintivo entre «estos accidentes histeriformes», dependiendo de las intoxicaciones y los «accidentes histéricos verdaderos de origen tóxico».

Enfermedades infecciosas y enfermedades generales. — Se han publicado numerosos ejemplos de histerismo desarrollados durante la convalecencia ó consecutivos á ciertas enfermedades infecciosas; la *fiebre tifoidea* (Landouzy, Charcot, Grasset, etc.), la *difteria* (Debove), la *pulmonía*, la *escarlatina*, la *gripe* (Grasset), el *paludismo* y la *sífilis* (Fournier). Se han achacado casos á la diabetes y la clorosis. El histerismo suele complicar muy á menudo la evolución de ciertas enfermedades crónicas del sistema nervioso, la esclerosis en placas y la miopatía primitiva sobre todo. El papel del *agobio* físico y mental aparece con claridad en un cierto número de observaciones (1).

Recordaremos, por último, la influencia de la *imitación* en el desarrollo de epidemias de histerismo. Cuando un caso de histerismo se produce en un grupo de individuos más ó menos predispuestos, sucede algunas veces que varios de entre ellos por una auto-sugestión presentan ya inmediatamente, ya poco tiempo después, accidentes semejantes á los que se presentaron en el primero. Las prácticas del hipnotismo (2) ó del espiritismo, son igualmente capaces de provocar el histerismo en sujetos predispuestos. Este es un hecho de observación diaria y que no necesita comentarios.

He aquí las principales condiciones etiológicas, merced á las cuales se desarrolla generalmente el histerismo.

(1) Charcot, Leçons cliniques. — Dutil, *Gaz. de méd. de Paris*, 1889.

(2) Séglas, les Dangers de l'hypnotisme. *Annales médico-psychol.*, 1889.

## DESCRIPCIÓN CLÍNICA

En los casos mejor caracterizados, el histerismo se afirma por dos órdenes de signos: unos, estables, permanentes y discretos hasta el punto que el enfermo ignora á menudo su existencia y que el médico debe, para descubrirlos, proceder metódicamente á su investigación: estos son los *estigmas*; otros, alarmantes, intermitentes ó transitorios, pero algunas veces también singularmente tenaces: estos son los *accidentes*.

Los primeros, constitutivos de la enfermedad, con igual título que la modificación continua, persistente, del estado mental de que dependa y á la cual están íntimamente ligados, duran casi tanto como ella. Los segundos, episodios como añadidos al fondo mismo del estado histérico, no se presentan de una manera necesaria en el cortejo de sus manifestaciones. Su aparición es del todo accidental, como la de las perturbaciones psíquicas pasajeras de las que derivan en su mayor parte.

En la exposición de lo que va á continuación, conformándonos con la tradición clínica, describiremos en el grupo de los estigmas todos los síntomas que los clínicos están acostumbrados á considerar como tales; pero conviene hacer notar que algunos de estos estigmas, considerados desde el punto de vista de su mecanismo psíco-fisiológico, parecen más bien propios de los accidentes.

## ESTIGMAS DEL HISTERISMO

Estos trastornos fundamentales son: 1.º, de orden *sensitivo*; 2.º, de orden *motor*; 3.º, de orden *puramente psíquico*.

I. Estigmas sensitivos sensoriales. — Están representados por anestias, hiperestias y disestias. Pero de todas estas alteraciones permanentes de la sensibilidad, las más importantes de todas son seguramente las anestias.

A) La *anestesia histérica* era muy conocida en la Edad Media de los demonólogos y de los magistrados que, en los procesos de brujería, buscaban con cuidado en sus víctimas las *marcas de los hechiceros (stigmata diaboli)*. Sabemos que designaban de esta manera las regiones de los tegumentos, en cuya extensión la sensibilidad estaba de tal manera embotada, que se podían clavar alfileres sin que el individuo sintiera ningún dolor (1), y, sin embargo, no hará todavía cincuenta años, que este síntoma trivial y fácil de observar, ha sido reconocido por los médicos. Syhenham 1681, Louyer-Villermay 1886, Georget 1824, Landouzy 1846, no le mencionan. Las primeras observaciones relativas á la anestesia histérica datan de 1843. Se deben á Piorry, Gendrin, Henrot, Mesnet y á Voisin. Briquet 1859, la estudió con esmero, y sabemos con qué arte y con qué fuerza de demostración Charcot puso en relieve desde 1872, no solamente la realidad y la frecuencia de este carácter, sino también su extremada importancia para el diagnóstico y el estudio del histerismo.

(1) Véase con este objeto: Pitres, *Leçons sur l'Hystérie et l'Hypnotisme*, t. 1, p. 56 et suivants.

La anestesia histérica alcanza á todas las sensaciones que un sujeto normal es susceptible de sentir. Puede interesar aislada ó simultáneamente todas las formas de la sensibilidad general, tacto, sensibilidad para el dolor, para el calor, el frío ó la corriente eléctrica, así como las sensibilidades especiales, sentido muscular, olfatorio, gustatorio, visual y auditivo. Superficial ó profundo, total ó parcial, puede localizarse en toda ó parte de la extensión del tegumento cutáneo y de las mucosas accesibles. Tan pronto es absoluta, como se limita á una disminución (hipoestesia) más ó menos acentuada de la sensibilidad normal. Su existencia no es absolutamente constante, habiendo casos de histerismo en que ha faltado por completo, pero estos hechos son relativamente muy escasos. En realidad, la anestesia se encuentra en grados muy diversos en la mayor parte de los histéricos.

He aquí cuáles son, dejando aparte toda preocupación doctrinal y toda interpretación fisiológica, los caracteres que presentan las anestias histéricas y las modalidades clínicas que pueden revestir:

a) La *anestesia cutánea* cuando es completa y total, está caracterizada por la abolición de todas las sensaciones que tienen su punto de partida en la piel. Los contactos, picaduras, quemaduras y aplicaciones de cuerpos fríos, no se perciben y dejan al enfermo completamente indiferente; esta anestesia en vez de ser total, es á veces parcial, ó dicho de otra manera, disociada. Ciertos sujetos perciben todavía con claridad el simple contacto de los cuerpos extraños, pero son insensibles á las excitaciones dolorosas y térmicas más intensas. Esta variedad de anestesia parcial es en particular muy interesante, porque simula la *termo-analgésia* tal y como se observa en ciertas afecciones orgánicas de los nervios y la médula, principalmente en la siringomielia.

Otros enfermos perciben los contactos, notan cuando se les pellizca ó pincha, pero no sienten las excitaciones térmicas aun las más violentas. El contacto del termo-cauterio al rojo, ó de un cuerpo helado, no les impresiona (termo-anestesia) y, por el contrario, podemos observar la supresión de las sensaciones táctiles y dolorosas conservando la percepción de las excitaciones térmicas.

No faltan casos en los cuales las sensaciones que provocan el paso de una corriente eléctrica son las únicas abolidas, permaneciendo sanas todas las demás formas de la sensibilidad cutánea.

Por último, aun cuando esta es una variedad de todo punto excepcional, puede suceder que persista la sensibilidad á la corriente farádica en regiones completamente insensibles á las demás especies de sensaciones (Ch. Richet, Pitres).

Es rara la pérdida aislada de las *sensaciones táctiles*, pero existe algunas veces. La anestesia completa, la hipoestesia y la analgesia, son las modalidades más comunes.

b) *Anestias profundas*. — La anestesia histérica se extiende á menudo á las partes profundas, es decir, á los huesos, músculos, ligamentos articulares ó troncos nerviosos. Podemos en estos casos atravesar todo el espesor de una extremidad con un alfiler, pellizcar mucho un músculo, herir con un cuerpo duro una superficie ósea, torcer las coyunturas, percutir vivamente un nervio accesible, como el cubital (Pitres), ó comprimir el testículo sin provocar ninguna sensación dolorosa.

La abolición de la *sensibilidad muscular*, cuando se extiende á la totalidad de su extremidad superior ó inferior, tiene por consecuencia la pérdida de la noción del peso de los objetos. Cuando el sujeto trata de levantar ó de comprobar con su mano insensible masas desiguales, apenas si percibe las diferencias de peso, porque no aprecia el grado por la intensidad de sus contracciones musculares. La anestesia muscular puede tener también por efecto, la pérdida de la sensación local de fatiga ó de cansancio que se deja sentir, en el estado normal, en los músculos sometidos á esfuerzos repetidos, ó á una actividad largo tiempo sostenida.

Describiremos á su tiempo, con las alteraciones del movimiento, otros trastornos funcionales que parece van unidos íntimamente á la abolición del sentido muscular.

Por último, *la noción de posición* está á menudo abolida en las extremidades que son asiento de una anestesia total y completa. Para comprobar este síntoma, basta hacer cerrar los ojos al enfermo y separar su brazo insensible, mandándole, ya colocar voluntariamente el otro brazo en una actitud semejante, ya que indique verbalmente cuál es esta actitud. Este trastorno, conviene hacerlo notar, coexiste de ordinario con la anestesia muscular; pero no es imputable únicamente á esta anestesia; es la consecuencia de la no percepción, por el sujeto, de un conjunto complejo de sensaciones, procedentes á la vez de la piel, de las articulaciones, ligamentos, etc.

c) *Anestias de la mucosas*. — La anestesia total y completa, la hipoestesia, la analgesia y la termo-estesia, se observa también en todas las mucosas accesibles á la exploración directa.

La anestesia de las conjuntivas *óculo-palpebral*, es muy frecuente, así como es muy rara la de la córnea.

Las mucosas *bucal y laríngea* son á menudo insensibles, y en semejante caso podemos pasar la extremidad del dedo por la cámara posterior de la boca, por la epiglotis alrededor del orificio superior de la laringe, sin provocar ni dolor ni náuseas. Esta anestesia faríngea existe en la mayor parte de los histéricos; pero no tiene el valor diagnóstico que le asignaba Chairou. No es en manera alguna patognomónica. Se la encuentra muy á menudo en sujetos indemnes de toda afección nerviosa (Armaingaut).

La mucosa de la *larínge* (1) está algunas veces atacada de anestesia completa.

La anestesia de la mucosa *nasal* se limita en la mayor parte de los casos á la región anterior de las fosas nasales (Lichtwitz), conservando el tabique y los cornetes su sensibilidad táctil.

La mucosa del *conducto auditivo externo* y la de la *membrana del tambor*, son algunas veces asiento de una anestesia completa (Pitres, Gellé).

Por último, las mucosas *anal, vulvar y uretral* (2), han presentado en ciertos casos una completa insensibilidad.

**Anestias sensoriales.** — **Gusto.** — La sensibilidad *gustatoria* está en muchos casos pervertida ó abolida en los histéricos. Pitres y Lichtwitz han com-

(1) Véase Lichtwitz, Les anesthésies hystériques des muqueuses et des organes des sens. Thèse de doctorat. Bordeaux, 1887.

(2) Raymond, Anesthésie cutanée. *Revue de médecine*, 1891, p. 395.

probado que esta anestesia sensorial era tan pronto general, como limitada á ciertas regiones del campo gustatorio. A veces recae indistintamente sobre todas las sensaciones gustativas, ó bien es parcial, electiva; algunos sabores se perciben todavía, mientras que otros no.

**Olfato.** — La *anosmia* histérica, unilateral ó bilateral, es algo menos frecuente que la pérdida del gusto.

**Oído.** — En la mayor parte de los casos, la sordera histérica es incompleta. Consiste en una debilidad del oído, ya derecho, ya izquierdo. La sordera completa, absoluta, es un accidente muy raro, y, cuando se produce, no se prolonga durante muchos días.

Como la anosmia, como la anestesia gustatoria, como los trastornos de la visión, que describiremos en seguida, la debilitación de la agudeza auditiva no molesta nada á los enfermos, y no va acompañada de ninguna sensación subjetiva desagradable. Existe sin darse cuenta de ello los enfermos, y para comprobarla hay que buscarla metódicamente. Para apreciar la hipo-estesia auditiva del lado enfermo, basta anotar la distancia á que deja de percibirse, por uno ú otro oído, el tic-tac de un reloj de bolsillo.

En estado normal y en los casos de sordera incompleta de origen central, las vibraciones de un diapasón se perciben durante más tiempo — estando el instrumento colocado delante del orificio externo del conducto auditivo — por la vía aérea que por la vía craneana, si el diapasón está en contacto con la pared del cráneo. Sucede lo contrario cuando la debilidad del oído es el resultado de una lesión pequeña del conducto auditivo, de la membrana del tambor ó del oído medio. Si aplicamos este procedimiento de exploración, conocido de los otólogos con el nombre de *experimento de Rinne*, al examen de la sordera histérica, se comprueba que ésta se manifiesta exactamente lo mismo que una sordera de origen central.

No se presentan fatalmente asociadas la anestesia del gusto, olfato, oído y la anestesia táctil de la mucosa de la nariz, de la lengua y del conducto auditivo externo. Estas sensibilidades especiales, pueden estar abolidas, mientras que la sensibilidad general se conserva íntegra (Pitres).

**Visión.** — **Ambliopia histérica.** — Como la sordera completa, la amaurosis total de naturaleza histérica, es de una extrema rareza. Empieza, en la mayoría de casos, de una manera súbita, y después de algunos días, semanas ó meses de duración, desaparece instantáneamente, como apareció, á consecuencia de un ataque ó de una emoción moral un poco viva. Briquet, Marlow, Wurde-mann y Pitres han relatado ejemplos de este fenómeno.

Los trastornos de la visión que se observan de ordinario en los histéricos, son mucho menos graves, pero son persistentes. Constituyen, en razón de su singularidad y de su frecuencia, uno de los buenos estigmas de la afección. Como la mayoría de las anestias que acabamos de describir, poseen el curioso privilegio de existir desconocidas de los enfermos. Estos se quejan, en efecto, muy rara vez de que su vista sea defectuosa y, para comprobarlo, hay que buscarlo sistemáticamente. Una reducción de la extensión del campo bisual, trastornos en la percepción de los colores, la astenopia, trastornos de la acomodación, he aquí los elementos cuyo conjunto constituye lo que se llama la *ambliopia histérica*.

*Estrechez del campo visual.* — Cuando un sujeto sano fija la mirada en un punto determinado, tiene la visión precisa del punto en que se fija, pero ve al mismo tiempo más ó menos distintamente los objetos que le rodean. La extensión del espacio accesible á la visión alrededor del punto fijado, da la medida del campo visual. Pues bien; si se examina sucesivamente el campo visual de ambos ojos en los histéricos, se comprueba, en la gran mayoría de los casos, que este campo está *estrechado*, y estrechado *concéntricamente*. Muy á menudo, la estrechez es *bilateral*, siendo simétrica ó desigual en un lado ó en otro. Pero puede ser también *unilateral*; en semejante caso, está situada, por lo común, en el lado correspondiente á la emianestesia. El grado es muy variable. Como la agudeza permanece, por lo común, intacta, resulta que los histéricos ven distintamente los objetos en que se fijan, aun cuando el campo de su visión se encuentra reducido á un area central estrecha, circunscribiendo el punto de fijación. Pero sucede á veces que esta area desaparece á su vez, y entonces la ambliopía es total y la visión del ojo atacado se suprime por completo; en este caso, hay amaurosis unilateral.

La estrechez del campo visual de los histéricos es *permanente*, pero varía por múltiples causas. Se acentúa, por lo general, después de los ataques. Durante el examen campimético, la fatiga ó la emoción del enfermo, el grado de atención con que fija el punto central, bastan para aumentar ó atenuar, en cierta medida, su extensión (1).

Según algunos observadores, podría encontrarse en los histéricos otras modificaciones del campo visual: la *hemipía lateral* y el *escotoma central*. La hemipía ha sido señalada muy recientemente en el histerismo no complicado, entiéndase bien, de lesiones encefálicas, por Dejerine y Vialet. Pero otros muchos autores, niegan en absoluto la existencia de estas formas, que en todo caso son en extremo raras.

La *discromatopsia* se asocia á menudo, pero no necesariamente, á la estrechez concéntrica del campo visual. Ha sido estudiada, particularmente en Francia, por Landolt, Charcot y Parinaud. Puede ser unilateral ó existir en ambos lados simultáneamente (acromatopsia). En este último caso, los enfermos no distinguen ningún color, y sí sólo las intensidades de tono en un conjunto de colores más ó menos oscuros, pero no los matices, pareciéndoles los objetos todos de color grisáceos.

La pérdida de la noción de los colores se hace, en la mayoría de los casos, por un orden regular, perdiendo la visión de ciertos colores, en tanto que se conserva la de otros. La discromatopsia histérica, cuando evoluciona de una manera progresiva, recae primitivamente sobre el violeta, después sobre el verde, el azul, el amarillo y, por último, el rojo. La persistencia del color rojo es el carácter dominante de esta discromatopsia, estando muy lejos, sin embargo, de ser absoluta esta regla, pues hay enfermos que pierden la noción del azul después de perder la del rojo.

Con independencia de la astenopia acomodativa que se observa algunas ve-

(1) Véase con este motivo: Charcot, *Leçons cliniques*. — Parinaud, *Anesthésie de la rétine. Contribution à l'étude de la sensibilité rétinienne*. Communic. à l'Académie de médecine de Bruxelles 1886. — Hitier, *De l'Amblyopie liée à l'hémianesthésie et spécialement de l'amblyopie hystérique*. Thèse de Paris, 1886.

ces, podemos encontrar en los histéricos un trastorno particular de la visión señalado por Parinaud: la *diplopia* ó mejor *poliopia monocular*. He aquí en qué condiciones puede comprobarse: «Se coloca cerca del ojo un lápiz ó un objeto análogo, y se le retira lentamente; al principio, se le ve simple; á la distancia de 10 á 15 centímetros del ojo, aparece una segunda imagen, generalmente del lado de la sien ó temporal. A medida que el objeto se aleja, las dos imágenes se separan, y no es raro que una tercera, menos intensa, aparezca en el lado opuesto, es decir, quedando en el centro la imagen primera ó primitiva. Se comprueba al mismo tiempo la *macropsia* ó la *micropsia*, muy acentuadas por el alejamiento ó la aproximación del objeto (1). Según Parinaud, esta poliopia, cuya interpretación es muy difícil, reconoce por causa un espasmo de la acomodación.

Todos estos trastornos de la visión no son imputables á ninguna alteración apreciable de la retina ni de los medios transparentes del ojo. El examen oftalmoscópico es siempre negativo.

La ambliopía histérica presenta, de la manera más saliente, todos los caracteres extraños y contradictorios, así como todas las dificultades de interpretación que son inherentes, como veremos en seguida, á las anestias histéricas en general. Recordaremos, desde luego, las observaciones de Charcot y Regnard acerca de la discromatopsia unilateral y bilateral de los histéricos. Un enfermo había conservado la visión del rojo, pero no distinguía el color verde. Se hizo girar ante sus ojos la rueda coloreada de Newton, cuyos sectores estaban pintados de rojo y de verde en proporción definida. El enfermo vió aparecer una coloración blanquecina, como le hubiera sucedido á un individuo de visión normal, es decir, con la visión distinta de los dos colores complementarios, del rojo y del verde. Si se le presenta á este mismo enfermo dos discos, uno rojo y blanco y el otro rojo y verde, declara que son de igual color. Pero puestos en movimiento ambos discos, el disco rojo y blanco le parece rojo pálido, como es, en efecto, mientras que el rojo y verde le parece grisáceo, lo que es igualmente exacto. Así, pues, el enfermo reconstituye la luz blanca con un color que ve y con otro color que no distingue.

Regnard hizo además el experimento siguiente, que de entonces á acá se ha repetido multitud de veces. A un histérico acromatópsico para el rojo se le invita á fijar la vista en un cuadrado de papel rojo sobre fondo blanco. Este papel le parece al principio todo él gris, pero al cabo de cierto tiempo ve la imagen del cuadrado rojo, pero en verde (color complementario). Regnard y Charcot (2) concluyeron de estos hechos, que la acromatopsia histérica es un fenómeno puramente cerebral, que el defecto fisiológico que la produce reside, no en la retina, sino en el centro perceptivo. Cuando la vibración llega á este centro, no se la juzga percibida, pero obra, sin embargo, sobre él, puesto que produce la imagen consecutiva verde, que añadida á la vibración roja, da la sensación del blanco.

No hace mucho, Parinaud (3) y Pitres (4) han hecho acerca de la *amauro-*

(1) Parinaud, *op. cit.* et *Annales d'oculistique*, Mayo y Junio, 1878.

(2) *Comptes rendus de la Société de biologie*, Enero 1878.

(3) Véase con este objeto, Parinaud, *loc. cit.*

(4) Pitres, *loc. cit.*, t. 1, p. 103 et suivants.