

sis histérica unilateral interesantes observaciones, que recordaremos brevemente. Parinaud ha demostrado, que los histéricos afectados de discromatopsia monocular, para un color, veían distintamente este color, aun con el ojo acromátope, en la *visión binocular*.

«Un cuadrado de papel verde se ve gris por el ojo izquierdo ambliope, y verde con el ojo derecho que está sano. Si se coloca delante del ojo sano un prisma que haga ver dos imágenes del papel, en vez de ser una verde y la otra gris, como era de esperar, las dos imágenes son verdes».

Conocemos la disposición de la caja de Flees. Merced á un juego de espejos, el sujeto que mira en esta caja con ambos ojos, ve á su derecha un objeto rojo, que en realidad es visto por el ojo izquierdo, y á su izquierda un objeto blanco que ve únicamente el ojo derecho. Uno que fingiera ser amaurotico del ojo izquierdo, puesto en presencia de este aparato, suprimirá, naturalmente, la imagen que percibe por el lado izquierdo, y esto dará á conocer su superchería. Pues bien; si se aplica este aparato de comprobación á un histérico atacado de amaurosis unilateral, declarará sencillamente que ve los dos objetos (Pitres).

Parinaud ha visto también que, enfermos acromátopes de cada uno de los dos ojos para la visión monocular, distinguían, sin embargo, los colores en la visión binocular; que en muchos casos de estrechez concéntrica unilateral del campo visual bastaba hacer abrir el ojo sano, para que la extensión del campo visual del ojo ambliope se aumentara inmediatamente de 10 á 20 grados. De todos estos experimentos, y de otros más, Parinaud y Pitres han deducido necesariamente que los trastornos visuales que caracterizan la ambliopía histérica sólo existen en la *visión monocular*. Tal es el hecho; para interpretarle, se han propuesto tres hipótesis: Parinaud y Pitres admiten que los centros encefálicos de percepción de las imágenes visuales no son los mismos para la visión binocular que para la monocular, y que, por consiguiente, unos pueden estar paralizados ó con paresia, en tanto que los otros funcionan regularmente. Bernheim cree que se trata de un fenómeno de sugestión inhibitoria. «El histérico, dice, neutraliza inconscientemente con su imaginación la imagen visual percibida». Por último, Binet, fundándose en los experimentos de Féré, concernientes á los efectos dinamogénicos de las excitaciones sensoriales, supone que «cuando los dos ojos están cubiertos al mismo tiempo, las excitaciones visuales recibidas por cada uno de ellos ejercen sobre el otro ojo, sobre su sensibilidad cromática, sobre la extensión del campo visual, una acción dinamógena».

Debemos, sin embargo, recordar aquí las leyes que presiden á la distribución anatómica y á la unión recíproca de estas diferentes variedades de anestesia, que hasta ahora hemos considerado separadamente por las exigencias de la descripción.

Distribución topográfica de las anestias histéricas. — La anestesia se presenta rara vez *generalizada* á toda la extensión del tegumento externo y de las mucosas. Briquet, en 240 enfermos, ha encontrado esta modalidad sólo cuatro veces. Lo más frecuente es que sea *parcial*. Tiene *localizaciones* variadas, pero que pueden, sin embargo, comprenderse en tres tipos principales: 1.º, la *hemianestesia*; 2.º, la disposición en *segmentos geométricos*; 3.º, en *islotos diseminados*.

La *hemianestesia* es común; puede presentarse con caracteres idénticos á los de las hemianestias dependientes de lesiones en foco de la cápsula interna. Se localiza de preferencia en el lado izquierdo. Cuando es completa y total, la línea de demarcación entre las partes sensibles y las insensibles están situadas exactamente sobre la línea media del cuerpo; ninguna excitación dolorosa, táctil, térmica ó muscular, ejecutada en el lado afectado provoca una sensación consciente. La anestesia de las mucosas y de los sentidos especiales del mismo lado, no acompañan fatalmente á esta hemianestesia, pero es muy frecuente que vayan juntas. Sin embargo, en bastante número de casos de hemianestesia, la anestesia sensorial recae sobre los sentidos del lado opuesto, á la anestesia de la piel y de las mucosas, particularidad muy importante de notar, porque cuando esto sucede en la marcha, hay que desechar toda idea de localización cerebral y afirmar la naturaleza histérica de la hemianestesia.

La repartición de la anestesia no es siempre tan sencilla; la anestesia que ocupa la cabeza, el brazo y la extremidad superior está interrumpida algunas veces por zonas que permanecen sensibles y responden á las excitaciones, en el cuello, en el lado correspondiente del tórax ó en un segmento de la extremidad. Por último, la hemianestesia suele ser *cruzada*.

Las anestias en segmentos geométricos constituyen una de las modalidades más curiosas de las anestias localizadas. Han sido minuciosamente descritas por Charcot. Extremidades enteras ó segmentos de ellas, un dedo, la mano ó la pierna, están insensibles. Estas insensibilidades que se designan corrientemente por denominaciones muy representativas, en anestias en brazalete, dedo de guante, pierna de carnero, manga de vestido, etc., están limitadas por líneas regulares, perpendiculares casi siempre al eje de la extremidad.

A menudo se observa que hay regiones anestesiadas superpuestas á regiones ó á órganos que son asiento de un accidente histérico, de una contractura ó de una parálisis (1).

Por último, podemos observar *islotos* de anestesia diseminados en la superficie del cuerpo sin orden aparente.

En suma, sea la que fuere la repartición topográfica, de cualquier manera que se asocien entre sí, no corresponden nunca exactamente á territorios anatómicos regidos por nervios periféricos ó plexos determinados; habida razón de sus formas, de sus topografías, escapan la mayor parte de las veces, á excepción de los casos de hemianestesia regular, á toda tentativa de localización anatómica que tienda á atribuirles á alguna lesión en foco interesando los centros nerviosos.

Caracteres específicos y contradictorios de las anestias histéricas. — No es lo dicho, sin embargo, la única particularidad que permite diferenciar estas anestias de las anestias de causa orgánica. La anestesia histérica en todas sus formas, posee, en efecto, caracteres que le son propios y que examinaremos con brevedad.

Si la anestesia cutánea de los histéricos va acompañada algunas veces de reacciones vasculares especiales (falta de hemorragia después de un pinchazo, aparición de una pápula, de edema agudo en los puntos pinchados), de au-

(1) Charcot, op. cit., t. III, 345. — Gilles de la Tourette, op. cit., 658.

mento de la resistencia eléctrica (Vigoroux), fácil es reconocer que estos diversos trastornos no están necesariamente asociados. A menudo faltan por completo y aún puede decirse que, por lo general, las reacciones eléctricas y vasculares, el estado térmico y la coloración de la piel, son exactamente las mismas en el lado anestésico que en el que ha quedado sensible.

1.º *Conservación de los reflejos orgánicos.* — En contra de lo que se observa en los casos de anestesia dependientes de una lesión orgánica de las vías conductoras, las anestias histéricas no alteran ni suprimen los reflejos orgánicos. El reflejo rotuliano, el del cremáster, el abdominal, de Rosenbach, los cardíacos y respiratorios provocados por ciertas excitaciones cutáneas, se conservan perfectamente, sea la que quiera la extensión y el grado de intensidad de la anestesia. Otro tanto sucede con los movimientos reflejos de la pupila por la luz, y para la acomodación en los casos de amaurosis histérica. El *reflejo pupilar sensitivo* se conserva igualmente. Sabemos que, en estado normal, todas las excitaciones que recaen sobre un órgano sensible determinan, por acción refleja, una dilatación de la pupila proporcionada á la intensidad de esta excitación y á la sensibilidad de la región excitada. Pues bien, en los casos en que la anestesia histérica es absoluta, la reacción pupilar se produce claramente cuando se pellizcan con fuerza las zonas cutáneas insensibles (Pitres).

Existe, sin embargo, una categoría de reflejos que son abolidos por la anestesia histérica, tales son: el reflejo al cosquilleo, el reflejo palpebral, que en el estado normal determina la oclusión brusca de los párpados cuando se toca la conjuntiva, y el reflejo de la náusea que se provoca cuando tocamos las fauces; pero, importa llamar la atención sobre ello, son movimientos reflejos algo particulares y de naturaleza compleja. En estado normal no se producen fatalmente como inmediatos á la excitación que les provoca de ordinario, como sucede con los reflejos orgánicos propiamente dichos, rotuliano, pupilar, etc. El estado psíquico del sujeto, emoción, asociación de ideas habituales, es, en efecto, un factor importante en la producción de estos actos reflejos, que ejerce sobre su desarrollo una acción ya excitadora, ya moderadora y aun suspensiva.

2.º *Movilidad.* — Cuando una lesión más ó menos grave del sistema nervioso determina una anestesia, ésta es definitiva, ó bien desaparece con lentitud á medida que la restauración del órgano lesionado se restituye. La anestesia histérica es esencialmente movable. Si bien es cierto que se presenta algunas veces tenaz y persistente durante meses y aun años, lo general es que desaparezca, vuelva á aparecer, cambie de sitio ó se modifique con rapidez, ya espontáneamente, ya bajo la influencia de causas diversas, «de causas algunas veces tan ligeras que puedan pasar inadvertidas» (Féré). Los *ataques*, y éste es un hecho de observación común, cambian á menudo la repartición de las zonas sensibles y la extensión del campo visual. La anestesia se extiende y acentúa algunas veces á la aproximación de los paroxismos convulsivos, y durante el mismo ataque se ha podido notar que una región que era completamente insensible en el intervalo de las crisis, recobra momentáneamente su sensibilidad; la absorción de una dosis de éter, morfina (1) y aun alcohol, y el sueño clorofórmico (2), hacen

(1) Ball, la morphinomanie, 1885. — J. Voisin, Soc. méd. des hôpit., Mayo 1889.

(2) Jules Janet, *Bulletin médical*, 1887.

desaparecer en ocasiones, momentáneamente, los estigmas, y sobre todo las anestias.

Algunos observadores han podido comprobar que, durante el sueño natural de la noche, la anestesia táctil desaparece á menudo.

Los estados de sonambulismo provocado, acarrear numerosas modificaciones de la sensibilidad; ciertos histéricos, en los que se observan en el estado de vigilia anestias más ó menos extensas, recobran en el segundo estado todas ó casi todas sus sensibilidades. Este es un hecho que Pierre Janet (1), y algunos otros observadores, nos han señalado muchas veces.

La influencia de la sugestión basta, en algunos casos, para hacer desaparecer por cierto tiempo las anestias histéricas.

Otro fenómeno psicológico, la *atención*, puede en algunos sujetos devolver por un momento la sensibilidad á una región habitualmente anestésica. Janet y Binet han hecho sobre este punto experimentos perfectamente demostrativos. Las emociones vivas, las preocupaciones y los ensueños, aumentan, por el contrario, estas anestias.

Por último, la anestesia de los histéricos se modifica por la influencia de causas físicas, cuyo modo de acción está todavía mal dilucidado; nos referimos á los *agentes estesiógenos* (2), como la electricidad, los imanes, las placas metálicas, etc., habiendo insistido Briquet y Duchenne acerca de la eficacia de las corrientes farádicas para restablecer las sensibilidades perdidas en los histéricos. En 1875, Vulpián y Grasset publicaron nuevos ejemplos de este hecho, cuya realidad es incontestable.

Desde 1849, Burq llamó la atención acerca de los efectos curativos que había obtenido por la aplicación de láminas metálicas á la superficie de la piel en ciertos casos de parálisis, contracturas y anestias. Después, demostró que los imanes y las corrientes galvánicas podían producir efectos análogos. Charcot comprobó estos hechos extraños, y la Sociedad de Biología nombró en 1876 una Comisión encargada de su estudio. Esta Comisión concluyó afirmando su realidad, y, además, descubrió en el transcurso de sus experimentos dos hechos nuevos: la *transferencia* ó paso de la anestesia del lado primitivamente insensible al lado sensible, por la acción de agentes estesiógenos, y el fenómeno de las *oscilaciones consecutivas* que se produce después que se ha retirado el agente estesiógeno; la hemianestesia, antes de recobrar definitivamente su primera posición, sufre una serie de dislocaciones sucesivas durante las cuales se la comprueba tan pronto en un lado, como en otro. Una multitud de observadores repitieron y multiplicaron estos experimentos, resultando de las diferentes investigaciones hechas, el aumentarse singularmente la lista de agentes estesiógenos, como el agua caliente, fría, los sinapismos, las maderas, las sales minerales, un gas metálico, el hidrógeno, los vapores mercuriales, etc. (Pitres).

Conviene hacer notar que cada histérico tiene su ó sus agentes estesiógenos de predilección, de tal manera que el que *es sensible* á la plata, no lo es para el cobre, y viceversa. Se han interpretado de diferentes maneras el mecanismo, la razón de estos fenómenos, pero no podemos exponer aquí al detalle las teorías

(1) P. Janet, Anesthésie et dissociation. *Revue philosophique*, 1887. — Les actes inconscients et es mémoire pendant le somnambulisme. *Revue philosophique*, 1888, et Automatisme psychologique, 1888.

(2) Véase con este motivo, Pitres, op. cit., p. 144 et suivants du t. I.

expuestas. De una manera general, unos explican los efectos de los agentes estesiógenos por acciones físicas, por el desarrollo de corrientes eléctricas al contacto de la piel y del metal (Regnard), por la polaridad eléctrica (R. Vigoroux), por las vibraciones moleculares (Schiff); otros atribuyen exclusivamente estos fenómenos á influencias puramente psíquicas. La influencia de la atención, de la sugestión, interviene ciertamente en muchos hechos de este orden, si no en todos. Para afirmar la realidad y dar la parte que le corresponda á las acciones físicas invocadas en estos fenómenos de estesiogenia, sería necesario, en nuestra opinión, rehacer estos experimentos, pero en condiciones tales que pudiera suprimirse la ejecución de los fenómenos psíquicos. En cuanto á la *transferencia*, no es, según toda verosimilitud, sino la exageración de un hecho fisiológico común. Ya insistiremos acerca de este punto, al describir el trastorno particular de la sensibilidad que se observa en los histéricos y que se designa con el nombre de *aloquidia*.

3.º Otro carácter singular de las anestésias histéricas, es que no molestan á los enfermos, y aun ignoran casi siempre la existencia de ellas. La mayoría de los histéricos reconocidos por primera vez, se muestran sorprendidos cuando se les revela su insensibilidad. Lasègue y Charcot han insistido acerca de esta particularidad. El hecho es que estos enfermos llevan, sin duda alguna, anestésias, algunas veces muy extensas y muy profundas. Escriben, cosen, cogen los objetos más pequeños y obran libremente, como si estas anestésias no existieran, y es manifiesto que no se sujetan nada á fin de corregir la insensibilidad de sus manos por su vigilancia visual, incesante, de sus movimientos. Si comparamos, desde este punto de vista, las anestésias histéricas con las anestésias de los atáxicos, de los siringomiélicos, por ejemplo, el contraste es notable. Estos están molestos por su insensibilidad, de la que se quejan, y que los dificulta para la prensión de los objetos. Se queman ó se hieren con los objetos próximos sus manos anestésicas. Nada semejante se observa en los histéricos. Hay que notar que esta diferencia es aplicable á las anestésias sensoriales, principalmente á la ambliopía. Hemos insistido ya suficientemente acerca de los caracteres singulares contradictorios de la anestesia visual en los histéricos. Pues bien, estos mismos caracteres contradictorios se encuentran en todas sus anestésias cutáneas, musculares, etc.

4.º La mayoría de los histéricos y anestésicos, cuando se les observa atentamente y en ciertas condiciones de experimentación, se comportan como si su anestesia no fuera real; en otros términos, como simuladores que olvidaran un momento su papel y se les sorprendiera en falta. Este es un hecho que todos los médicos, por pocos histéricos que hayan visto, le han comprobado con seguridad. Citaremos una histérica afectada de anestesia completa, de toda la extremidad superior derecha. Se la podía quemar la mano, pinchar la yema de los dedos y torcer la articulación de la muñeca, sin que acusase ninguna sensación. Después de haberla vendado los ojos por completo, se le pone en la mano insensible unas tijeras ó un lápiz, por ejemplo, y coge el objeto, le maneja y le sostiene en la actitud que se quiera, como lo haría una mano cuya sensibilidad estuviera intacta. Pierre Janet ha observado y referido varios hechos contradictorios de este género, relativos, bien á la sensibilidad táctil, bien á la sensibilidad muscular ó á la extensión del campo vi-

sual (1). Ha citado con este motivo el experimento siguiente: «G.... era un joven de dieciséis años, cuyo primer ataque tuvo por causa un fuerte terror, motivado durante un incendio. Reproducía este episodio en cada uno de sus ataques gritando: ¡fuego! y huyendo de las llamas. Además, bastaba cuando estaba en calma, hablarle de incendios, y sobre todo enseñarle una llama, por pequeña que fuera, para provocar inmediatamente la reaparición del ataque. Un día le coloqué en frente del perímetro, como para medirle el campo visual; le mandé cerrar el ojo derecho y fijar con el izquierdo el punto central. El enfermo esperaba ver avanzar sobre el arco del círculo negro un pedazo de papel, como lo había visto siempre; pero yo tenía cuidadosamente escondida detrás de mí una cerilla encendida, y la aproximé suavemente á la extremidad del arco. Apenas estaba la cerilla en el grado 80, cuando el enfermo dió un grito y cayó presa de convulsiones. Pues bien, este enfermo tenía el campo visual del ojo izquierdo estrechado á 30°, y la cerilla estaba colocada á los 80, evidentemente fuera del campo visual, y por lo tanto debía ser invisible».

Este experimento se ha reproducido de diferentes maneras por otros observadores, y principalmente por Laurent (2).

Estas observaciones y otras tantas que podríamos citar, son, en verdad, suficientes para demostrar el carácter paradójico de estas anestésias histéricas, y también para despistar al observador que en un instante comprueba la existencia de una insensibilidad, y después se ve obligado á reconocer que no existe, ó que varía según la manera cómo examina al enfermo. ¿Cómo interpretar estas singulares anestésias?

Tentativas de interpretación de la anestesia histérica.—La primera explicación que se presenta al ánimo de muchos clínicos, es que estas anestésias son *simuladas*. Estos enfermos dicen y pretenden que son insensibles, pero en realidad sienten perfectamente, puesto que basta someterlos á pruebas muy sencillas para desenmascarar inmediatamente su superchería. Esta interpretación fácil, está al alcance de todos; pero debe desecharse, porque es absurda: primero, porque no se explica bien el interés que podrían tener tantos histéricos en simular la anestesia, y segundo, porque es inexplicable que haya enfermos en todos los tiempos y en todos los países para simular el mismo síntoma y presentarle de idéntica manera. Tendrían que concertarse para esto. No se les ve tampoco llamar la atención sobre sus anestésias é invocarlas como testimonio de la sinceridad de sus afirmaciones. En ningún caso sucede esto, puesto que ignoran sus anestésias la mayor parte de las veces, antes del primer examen que les revela su existencia.

Para comprender bien el mecanismo de las anestésias, como el de la mayor parte de los accidentes histéricos, no debemos tratar de relacionar éstas con las anestésias sintomáticas de las lesiones orgánicas de los centros nerviosos y esforzarnos, apoyándonos en los datos suministrados por la anatomía, la fisiología y la clínica, en localizar en tal ó cual región del eje cerebro-espinal la modificación dinámica, la inercia funcional del centro de percepción del que parecen derivar. Los autores que se han lanzado por este camino de las interpretaciones «anatómicas», han llegado á concepciones, muy ingeniosas sin

(1) Pierre Janet, les stigmates mentaux de l'hystérie, p. 32 et 33.

(2) Laurent, Archives de neurologie, Mayo 1892. Archives cliniques de Bordeaux, Septiembre 1892.

duda, pero inaceptables, porque no explican en realidad la mayor parte de los caracteres especialísimos de la anestesia histérica. Es necesario, por otra parte, representarse estas anestias como una manifestación particular de una debilitación que recae no sobre uno ú otro centro, sino sobre todas las más elevadas funciones de la corteza cerebral; en otros términos, hay que atribuir las á un trastorno general de las funciones psicológicas. En este orden de ideas, la tentativa de interpretación que nos parece la más acertada, la teoría que nos da mejor cuenta del mecanismo de la mayor parte de las anestias histéricas y de las observaciones á que han dado origen, que explica mejor y concilia los caracteres que le son propios, nos parece que es la propuesta por Pierre Janet, por lo cual la expondremos aquí tan breve y claramente como nos sea posible.

La anestesia histérica, dice P. Janet, es una especie de *distracción*. La distracción en el hombre normal produce, en efecto, fenómenos análogos á los de la anestesia de los histéricos. Ella nos impide ver un objeto que tenemos próximo, oír el sordo rumor de una gran ciudad en la cual vivimos, y sentir el contacto y la presión de las ropas que vestimos. Cuando es intensa, como en los casos en que aplicamos exclusivamente nuestra atención en un objeto determinado, puede impedirnos hasta la percepción de las sensaciones más violentas. Pascal olvidaba sus vivos dolores persiguiendo la solución de un problema. Con seguridad los histéricos tienen distracciones considerables, que con facilidad se puede engendrar en ellos, desviando su atención, insensibilidades *momentáneas*, que tienen todos los caracteres de sus anestias permanentes habituales. Sin embargo, el estigma permanente, la anestesia histérica no puede asimilarse enteramente á una pura y simple distracción. La anestesia tiene más duración, más claridad; existe sin que la atención del sujeto esté cautivada por una idea fija ó por cualquier objeto exterior: no desaparece en el momento que lo desea el sujeto, como sucede á las insensibilidades pasajeras que acompañan á la distracción en un sujeto sano. Este, es verdad que no nota el rumor de la gran ciudad, el tic-tac de un reloj que esté cerca de él, pero le basta escuchar estos ruidos, es decir, *quererlos oír*, para oírlos en seguida. Hay, por lo tanto, en la anestesia histérica, fenómeno patológico algo más que en la distracción fenómeno normal. Para apreciar las semejanzas que distinguen ambos estados y las analogías que permiten aproximarlos hasta cierto punto, uno á otro, es necesario comprender bien el mecanismo psíquico de la *percepción de las sensaciones*. Se puede — dice Janet — representar la sensibilidad, como una operación de dos tiempos. Primer tiempo: se produce en el ánimo, en las células de la corteza cerebral si se quiere á la llegada de las impresiones que le son transmitidas por los sentidos, pequeños fenómenos psicológicos elementales, consecuencia de las múltiples excitaciones exteriores táctiles, visuales, auditivas, musculares, etc. Estas son las *sensaciones elementales*, los estados de conciencia primitivos que es imposible descomponer, como dice Wundt, en fenómenos más sencillos. Hasta aquí, la idea de la personalidad del sujeto no interviene. Este no ha percibido conscientemente, *personalmente* estas sensaciones. Segundo tiempo: se efectúa una reunión, una síntesis de estos fenómenos elementales con la noción vasta de la personalidad; es decir, con ese conjunto de recuerdos, de sensaciones pasadas, de pensamientos, de

conocimientos anteriormente adquiridos, que constituyen la idea de la *personalidad*, la conciencia del *yo*. Esta *asimilación* de sensaciones nuevas por la personalidad anterior y consciente del sujeto, es la que le permite decir «*Yo siento*»; en otros términos, percibir con una conciencia clara y personal las sensaciones actuales. A esto es á lo que Pierre Janet propone llamar la *percepción personal*.

Pues bien; el hombre mejor equilibrado es incapaz de reunir de esta manera, á cada instante, en una misma percepción personal, todas las sensaciones elementales que hacen nacer en él las innumerables excitaciones que asaltan constantemente sus diversos sentidos. Gran número de estas sensaciones elementales no están englobadas en su personalidad. No franquean ni aun el umbral, y permanecen así *inadvertidas*, aunque *reales* en el estado de sensaciones *subconscientes*. La cantidad máxima de sensaciones que este sujeto pueda en un momento dado asimilarse, reunir en su percepción personal, dará la medida de la *extensión de su campo de conciencia*.

Supongamos á un individuo normal, escuchando una lectura; *percibirá* cierto número de sensaciones auditivas, visuales, las palabras, la voz del lector, su actitud, sus gestos; pero todo el resto, las impresiones táctiles, térmicas, musculares que reciba en este instante, pasarán inadvertidas y quedarán en el estado de sensaciones subconscientes. Si en vez de escuchar la lectura, emprende en el momento después la solución de un problema de álgebra, su campo de conciencia se encontrará ocupado por otra serie de sensaciones y de imágenes, quedando las otras sensaciones para él, á su vez, en el estado de fenómenos subconscientes. Pero merced á la percepción alternante, á medida que este sujeto aplique su atención á objetos distintos que le suministren sensaciones diferentes, este sujeto, decimos, podrá percibir en suma todas las impresiones. Esto hará comprender lo que es la distracción sencilla ó normal.

Supongamos, ahora, un enfermo cuya actividad mental está debilitada, cuyo campo de conciencia está en algún modo restringido, hasta el punto de que no percibe á la vez sino un pequeño número de sensaciones; este sujeto descuidará poco á poco el apreciar las sensaciones menos importantes para sus funciones habituales, las sensaciones táctiles, por ejemplo, y reservará las más indispensables del oído y de la vista. Durante cierto período, será todavía capaz para volver, por decir así, hacia estas sensaciones descuidadas y traerlas momentáneamente al campo de su percepción personal, cuando su atención sea llevada hacia ella; pero «á la larga, el mal hábito psicológico» está adquirido, y llega un día en que no sabe decididamente percibir las con conciencia. Se le pincha un brazo, y con gran sorpresa suya, no siente el pinchazo. Después de haber sido un distraído con respecto á estas sensaciones, se ha hecho anestésico. La anestesia de los histéricos es, por lo tanto, un síntoma de debilidad, de incapacidad mental, es la consecuencia de la restricción del campo de la conciencia. Estos enfermos no pueden contener en su personalidad sino un pequeño número de sensaciones; y acostumbrándose insensiblemente á dirigir su percepción personal, siempre en el mismo sentido, hacia el mismo grupo de sensaciones, llegan á *no saber aplicarla* al grupo de sensaciones que adquirieron el hábito de descuidar.

Las consideraciones teóricas que preceden, permitirán comprender por qué