

al principio de su enfermedad, los jóvenes histéricos no tienen anestesia. Este es un hecho clínico que se observa á menudo. Sólo tienen insensibilidades pasajeras, espontáneamente movibles, que engendra la *menor distracción*, y que basta á disipar un poco de atención. Compréndese también por qué en un estado más avanzado de la evolución de su enfermedad, estas insensibilidades tienden á fijarse, á hacerse más profundas y permanentes. También es necesario entonces obrar más fuertemente sobre su atención, para traer la percepción personal momentáneamente á sensaciones cada vez más eficaces.

Para completar esta interpretación psicológica de la anestesia histérica, es necesario conocer é indicar la suerte reservada á las sensaciones inadvertidas por la personalidad, ó *sensaciones subconscientes*. Estas sensaciones, no relacionadas con la conciencia personal del sujeto son, sin embargo, reales, no se pierden enteramente. «Persisten, dice Hersen, y continúan obrando en estado latente, y por decir así, bajo el horizonte de la conciencia.... En este estado subconsciente, pueden tener todavía efectos motores, é influir sobre otras ideas». Se han dado de este hecho demostraciones numerosas (1), que no podemos exponer en este momento.

En ciertas condiciones experimentales, se puede probar que estas sensaciones subconscientes se han percibido en realidad, pero desconocidas por el sujeto, puesto que provocan en él movimientos y asociación de ideas. La mayoría de los histéricos llevados al estado de sonambulismo, encuentran casi siempre estas impresiones que no habían experimentado conscientemente en el estado de vigilia. Si se aplican á las anestias histéricas estas nociones esenciales, ó se resume la teoría que acabamos de esbozar, la anestesia histérica consiste en la debilitación de la *percepción personal* que se limita á cierto orden de sensaciones con exclusión de otras. «Las otras sensaciones inadvertidas, que quedan en el estado subconsciente son, sin embargo, reales, persisten, obran y toman parte, pero con desconocimiento del sujeto, en la *función automática de su espíritu*», lo cual podría explicar la mayor parte de los caracteres extraños y contradictorios que presentan estas anestias. Se comprenderá el por qué estas anestias son sistemáticas algunas veces, electivas y movibles, por qué desaparecen momentáneamente por sugestión, ó cuando por un procedimiento cualquiera, se fuerza la atención del sujeto hacia tal ó cual de estas sensaciones, en apariencia perdidas, por qué las anestias se agravan cuando el enfermo está distraído por un ensueño, por la obsesión de una idea fija, ó por el examen que se le hace sufrir; por qué, puesto que las sensaciones que parecen no percibidas, existen en realidad en el estado subconsciente, estas anestias no entrañan perturbaciones graves en la función automática de estos enfermos, y por qué son indiferentes y existen de ordinario sin su conocimiento. Janet (2) estima que la interpretación que ha propuesto de las anestias táctiles, puede y debe aplicarse igualmente á las diversas anestias sensoriales y que permite comprender los caracteres muy particulares, principalmente de la ambliopía histérica. Es del todo natural que el enfermo descuide al principio las sensaciones que responden á las partes excéntricas del

(1) Hersen, le cerveau et l'activité cérébrale, 1887.

(2) Véase con este objeto, P. Janet, op. cit. — Binet, Sur les altérations de la conscience chez les hystériques. — Onanoff, la Perception inconsciente chez les hystériques. Arch. de neurol., 1890.

campo visual, y que no perciba sino las imágenes más próximas al punto en que se fija. De aquí la forma concéntrica de la estrechez del campo visual.

Este autor explica la desaparición de la ambliopía unilateral en la visión binocular, diciendo que la imagen percibida por el ojo sano, evoca y hace reaparecer en la percepción consciente la imagen que en la visión monocular del ojo anestésico queda de ordinario en el estado de sensación subconsciente. Admite que en los experimentos del prisma, de la caja de Flees, etc., estas mismas imágenes, de ordinario descuidadas, son momentáneamente percibidas por el ojo amaurotico, porque, dice este autor, que cuando se colocan prismas ó cristales delante del ojo anestésico, se provocan sensaciones extrañas no habituales; en otros términos, una excitación particular que obliga al sujeto á un gran esfuerzo de la visión, y á aumentar así temporalmente su campo de percepción visual.

En cuanto al fenómeno de transferencia, he aquí cómo podría interpretarse: Podemos observar en ciertos histéricos, incompletamente anestésicos de una de las mitades del cuerpo, un trastorno particular que recae sobre la localización de las sensaciones que percibe. Si se pincha el lado hipostésico, en el brazo por ejemplo, el sujeto no sabe decir si ha sido pinchado en el brazo derecho ó en el izquierdo; se da á este fenómeno el nombre de *aliquiria simple*. Algunas veces el sujeto suele localizar la excitación percibida, no en el lado hipostésico, como parece que debiera suceder, sino en el *lado sensible* y en el punto exactamente simétrico del que ha sido pinchado. Esta es la *aliquiria completa* (1); si asemejamos esta confusión de uno y otro lado á los experimentos fisiológicos que establecen la solidaridad, desde el punto de vista de la sensibilidad, de las partes simétricas situadas á cada lado de la línea simétrica, podremos hasta cierto punto comprender el fenómeno de la transferencia. Cuando, en efecto, ya por la acción de un agente estesiógeno, ya por sugestión, ó bien llamando mucho la atención del enfermo sobre cierta región de su lado anestesiado, se le obliga á percibir conscientemente las impresiones táctiles ú otras que recibe, la anestesia desaparece en este punto. Siendo este sujeto hemianestésico incapaz de percibir á la vez y con una conciencia clara las sensaciones que provienen de los dos lados del cuerpo, se concibe que la región simétrica del punto, en el que la sensibilidad ha reaparecido así momentáneamente, se haga insensible á su vez, en cierto modo por compensación.

Esta concepción ingeniosa, que hace de la anestesia de los histéricos un trastorno de orden psíquico, una alteración de la percepción personal de las sensaciones, aclara, sin duda alguna, muchos puntos hasta ahora oscuros en la historia natural de este síntoma. Pero no basta, en nuestra opinión, para explicar todas las particularidades que presenten estas anestias, y además, tal vez no sea aplicable á todas las formas de la anestesia histérica. En efecto, se concibe difícilmente con la teoría anterior, cómo los enfermos pueden habituarse bien á descuidar, primero y á perder, después sensaciones que algunos de ellos no tuvieron jamás ocasión de experimentar (sensibilidad eléctrica). De la misma manera, apenas si puede comprenderse cómo y por qué las sensaciones descuidadas primero, después no percibidas, se encuentran precisamente

(1) Pierre Janet, Une altération de la faculté de localiser les sensations. Soc. de psychol. physiol., Marzo 1890.

procediendo de los territorios sensibles, extrañamente limitados á veces, donde se localizan sus anestias. No se ve claro cómo una histérica puede muy bien llegar á adquirir el mal hábito psíquico de descuidar las sensaciones olfatorias de la nariz izquierda, ó las sensaciones táctiles de la mitad derecha de su faringe ó de su vagina.

Si la anestesia es únicamente la consecuencia de una alteración, de una *debilitación* de esta función elevada de la corteza cerebral, la síntesis de las nuevas sensaciones con la idea de la personalidad, claro es que no hay por qué acusar á uno de los hemisferios cerebrales de preferencia al otro, á tal región de la corteza mejor que á tal otra. Pero entonces, ¿por qué motivo los enfermos cesan de ejercer su percepción personal única y exactamente sobre las sensaciones que proceden de la mitad izquierda del cuerpo (hemianestesia) ó de un segmento de extremidad ó de varios territorios ó islotes diseminados sin ningún orden aparente?

Todas estas localizaciones de la anestesia histérica, quedan en la hipótesis supuesta aquí, incomprensibles ó insuficientemente explicadas.

Por esto, hay motivo para preguntarnos si las reparticiones topográficas de las anestias histéricas, no estarán regidas por la inercia funcional de los centros anatómica y fisiológicamente diferenciados (véase la teoría ideada por Pitres en sus *Leçons sur l'hystérie et l'hypnotisme*) ó bien si en vez de ser especie de distracción, muchas anestias histéricas no son, como ciertas parálisis ó contracturas, el resultado de una *idea fija* subconsciente que comprenda la *representación mental* de las regiones anestésicas y de las sensaciones inadvertidas. El problema, pues, de la anestesia histérica no está completamente resuelto por ninguna de las interpretaciones hasta ahora propuestas; pero la doctrina sostenida por P. Janet es, con seguridad, la que explica el mayor número de sus caracteres.

B) *Hiperestesia*.—Muchos histéricos están sujetos á crisis de dolores cefálicos que ocupan todo ó parte del cráneo ó de la cara, y aparecen más particularmente por la noche, á causa de contrariedades ó sin causa aparente. Estos dolores, de ordinario profundos y muy violentos, terebrantes ó punzantes, van á menudo acompañados de sensaciones de latidos en las sienas ó en los ojos; reaparecen á intervalos de duración variable, son como ciertas neuralgias abdominales peri-ováricas, que se producen á menudo en las histéricas, en la época de la menstruación, verdaderos dolores, *reales*. No sucede lo mismo con las hiperestias dolorosas, hiperestias-estigmas, que vamos á analizar inmediatamente. Estas son falsos dolores, dolores de orden psíquico, por decirlo así. Dependen casi siempre de una *idea fija*, que se ha instalado en el ánimo del sujeto por un proceso mental del todo semejante al que preside al desarrollo de las contracturas y otros *muchos accidentes* del histerismo, que describiremos en el siguiente capítulo.

Superficiales ó profundas, estas hiperestias rara vez se generalizan á toda la extensión del tegumento cutáneo. Es igualmente raro que ocupen toda una mitad del cuerpo (hemihiperestesia). De ordinario están localizadas á una extremidad, á un segmento de extremidad, á una articulación, á *zonas* más ó menos limitadas, á *puntos* situados en el vértice del cráneo (clavo histérico), ya alrededor de las mamas, á lo largo del raquis, en los costados ó en el epigas-

trio. Parece algunas veces que ocupan el parénquima de una glándula (mama, testículo), y, más á menudo, uno de los ovarios ó ambos simultáneamente (*ovarialgia*). Tienen, como las anestias, caracteres distintivos que permiten diferenciarlas de las hiperestias de causa orgánica, y que al mismo tiempo indican su verdadera naturaleza.

Puede suprimírselas momentáneamente por los más diversos procedimientos de sugestión (sugestión verbal, imanes, pases magnéticos, etc.). En ciertos casos, si se distrae diestramente la atención del enfermo, podemos asegurarnos de que en aquella región, en la que el más ligero contacto, efectuado á ciencia y conciencia del sujeto, provocaba siempre las reacciones dolorosas más vivas, es en realidad poco sensible, menos sensible á veces que la región simétrica del lado sano (anestesia dolorosa). Que sean transitorias ó persistentes, la mayor parte de estas zonas hiperestésicas presentan siempre al observador atento alguna particularidad extraña, paradógica, y, por tanto, reveladora de su naturaleza. Un histérico de la Salpêtrière que había recibido un choque violento en el abdomen, conservó durante varios meses una hiperestesia de la pared abdominal. Llevaba constantemente aplicado al vientre gran cantidad de algodón destinado á proteger esta región de cualquier contacto; andaba todo él encorvado y con precauciones infinitas, para no conmover la región dolorosa. En el momento en que veía una mano que se dirigía hacia su vientre, era presa de una angustia extremada, dolor, gritos y caía siempre en un ataque. Si después de algunas palabras preparatorias y subjetivas se colocaba un falso imán en el borde de la cama frente á frente á su abdomen, se podía, al cabo de algunos momentos, tocar la región sin provocar ningún dolor.

Es evidente que las hiperestias de este género son hijas de una idea fija y de cierta asociación de imágenes. En el momento que sabe el enfermo, ya tenga éste conocimiento por la vista ó por el contacto, que la piel de la región enferma va á ser tocada, sufre, no un verdadero dolor, sino una emoción, un terror proporcionado á su dolor imaginario, y manifiesta su angustia por gritos, movimientos de defensa, etc.; se defiende, su respiración se precipita, y si la angustia es muy fuerte, ó si esta pseudo-hiperestesia es la reliquia de un traumatismo, de un accidente aterrador, imágenes, recuerdos penosos, agregándose á este accidente, surgen en su ánimo y se produce el ataque.

La zona hiperestésica se llama en este caso *espasmógena* ó *histerógena*.

Estas zonas simplemente hiperestésicas ó espasmógenas tienen algunas veces por origen, ya un choque accidental, ya un dolor real que ha existido momentáneamente en los puntos en que ellas radican. Pero muy á menudo también, preciso es decirlo, son las exploraciones del médico, las presiones violentas que ejerce sobre las diferentes regiones, abdomen, pecho, etc., las preguntas muy explícitas que dirige con insistencia al enfermo acerca de las sensaciones que sufre, cuando le comprime aquí ó allá, todo esto engendra en su ánimo la idea del dolor; después, el estado emocional precursor del ataque, y muy pronto el hábito se constituye ayudando al falso dolor, á la emoción, á las sensaciones del áura, reproduciéndose de esta manera la zona dolorosa ó histerógena, siempre que una presión se ejerce en un punto determinado. La ovarialgia que es tan frecuente, parece ser, si no en todos los casos, en su mayor parte, el resultado de un proceso de este orden.

C) *Parestesias. — Disestesias.* — Se observan en los histéricos otras perversiones de la sensibilidad general. Algunos enfermos acusan al contacto de un cuerpo frío, una sensación de calor ó inversamente; otros, pero el hecho es raro, se quejan de hormigueos y de sensaciones extrañas, difíciles de definir, localizadas en las extremidades anestésicas.

Halfalgesia. — Esta variedad de parestesia ha sido descrita por Pitres. Está caracterizada por la producción de una sensación dolorosa intensa, motivada por la simple aplicación sobre la piel de ciertas substancias (oro, latón, etc.), que en el estado normal sólo provocan una sensación ligera de contacto. Es casi seguro que el papel de la sugestión es grande en el desarrollo de este trastorno singular.

II. *Estigmas de orden motor.* — Podemos observar en los histéricos que no tienen ni parálisis ni contractura — y cuya marcha, así como los diversos movimientos de las extremidades superiores, no parecen tener la menor dificultad — ciertos trastornos de la motilidad que, para encontrarlos, hay que buscarlos con cuidado. Estos trastornos recaen únicamente sobre los movimientos *voluntarios*.

1.º Los movimientos voluntarios están *amortiguados*; la ejecución de un movimiento mandado, aun muy sencillo, es más larga que en el estado normal. El tiempo de reacción (1) es algunas veces en extremo prolongado. Féré (2) y Binet (3), han demostrado muy bien este hecho en sus experimentos. La duración de este tiempo de reacción varía mucho, porque está en íntima relación con la atención del sujeto. Como ésta es débil y mudable, en los histéricos sobre todo, en lo que concierne al lado anestésico, se deduce que el tiempo de reacción presenta por lo común un aumento proporcional á la disminución de la sensibilidad general. Por último, la curva de contracción de los movimientos voluntarios obtenidos de esta manera es lenta y gradual, en vez de ser brusca como convendría; este trastorno del movimiento no es sino un fenómeno de orden psicológico, únicamente en relación con la debilidad de la percepción personal y de la atención, porque se puede, obrando sobre extremidades hipoestésicas ó aun anestésicas, provocar por una excitación táctil movimientos automáticos subconscientes y, por consiguiente, ignorados del sujeto, y se obtienen entonces tiempos de reacción, de duración igual ó inferior á la normal (Onanoff) (4).

2.º Los movimientos voluntarios son indecisos y mal dirigidos. La incoordinación se pronuncia principalmente en las extremidades afectadas de anestesia muscular profunda. En semejante caso, si se ruega al sujeto, después de haber vuelto su cabeza ó cerrar sus ojos, que se toque su oreja, se le ve extender su brazo al azar y llevar su mano al cuello ó al hombro. Esta ataxia de los histéricos, como la llamó Duchenne, es seguramente consecuencia de la anestesia del sentido muscular. En efecto, si en el experimento precedente se de-

(1) Se designa de esta manera, el intervalo que media entre el momento en que una excitación táctil se produce y el momento en que la excitación, siendo percibida, el sujeto ejecuta de retorno un movimiento convenido anteriormente. Este experimento no puede, como se comprende, efectuarse sino en superficies sensibles ó incompletamente anestésicas.

(2) Féré, *Les mouvements volontaires chez les hystériques. Revue philosophique*, 1889.

(3) Binet, *Mouvements volontaires chez les hystériques. Revue philosophique*, 1889.

(4) Onanoff, *Archives neurolog.*, 1890.

tiene el brazo del histérico en el momento en que trata de llevar la mano hacia su oreja, después de un esfuerzo, queda inmóvil, creyendo haber ejecutado el movimiento. Aquí, por lo tanto, la voluntad, la representación mental del movimiento, su imagen kinestésica se conservan, únicamente la sensación muscular «en retorno», la que nos dirige y rige en nuestros movimientos y acerca de las resistencias que experimentamos, está abolida.

Consecuencia directa de la anestesia muscular, sólo existe esta incoordinación en el acto personal y consciente. De la misma manera que la anestesia muscular no se manifiesta, como ya hemos visto, sino en la percepción personal, la ataxia cesa cuando el sujeto obra automáticamente ú obedece inconscientemente á una sugestión; se le ve en estas condiciones llevar sin duda la mano á la oreja indicada.

3.º Muchos histéricos son incapaces de ejecutar actos complejos, de hacer simultáneamente movimientos diferentes. Janet, Binet y A. Pick, de Praga, han estudiado de diferentes maneras este fenómeno; es la consecuencia de la reducción del número de imágenes kinestésicas ó de otra clase, que estos sujetos reúnen simultáneamente en una misma percepción personal.

4.º *Amiostenia.* — Los movimientos voluntarios están también *debilitados*. La amiostenia no se revela por ningún trastorno funcional aparente. Para reconocerlo, basta algunas veces invitar al enfermo á que apriete la mano del observador con cada una de las suyas. El procedimiento más exacto es el uso del dinamómetro; aplicándole á la medida del estado de las fuerzas en los histéricos, se comprueba que existe casi siempre, entre la fuerza de presión de ambas manos, una diferencia á veces considerable. Esta disminución de la contracción voluntaria, puede recaer en una ú otra mano; pero está generalmente más acentuada en el lado anestésico. Esta regla no es absoluta, y la amiostenia puede existir sin disminución de la sensibilidad, ó aun con cierto grado de hiperestesia.

Que sea generalizada, que afecte la forma hemipléjica ó monopléjica, esta debilidad muscular se modifica por diversas influencias, y en particular por las influencias morales; aumenta si se disminuye la atención de los sujetos, no permitiéndoles mirar la mano que aprieta; desaparece, por el contrario, si se excita vivamente la atención por todos los medios, enseñándoles el movimiento é invitándoles imperativamente á ejecutarle con energía. Como los demás síntomas permanentes que hemos examinado, la amiostenia, aun cuando es muy pronunciada, sólo aparece cuando se somete el histérico al experimento, cuando se le invita á apretar un instrumento de una manera *voluntaria y personal*; pero en la ejecución de los actos automáticos, no existe esta astenia muscular; el sujeto lleva paquetes, levanta fardos sin ninguna dificultad, y despliega en todos los actos de la vida ordinaria una energía muscular, algunas veces considerable. Esta amiostenia está, por lo tanto, en relación con la debilidad de la acción voluntaria; es la consecuencia del estigma mental, cuyos caracteres indicaremos después, y que se designa con el nombre de abulia. En suma, los diferentes trastornos del movimiento á que acabamos de pasar revista, pueden considerarse como fenómenos morales, dependiendo en parte de la anestesia, la indeterminación y la ataxia de los movimientos; pero todas las demás, son manifestaciones exteriores del trastorno de la voluntad y de la atención consciente.

5.º Podemos observar, por último, en las extremidades que están atacadas, una anestesia táctil y muscular completa, una alteración del movimiento muy particular, pero bastante compleja, y que Pierre Janet ha propuesto llamar con el nombre de *síndrome de Lasègue*. En efecto, este autor es el primero que ha dado de él una descripción atenta y precisa; he aquí los fenómenos esenciales que constituyen este síndrome:

a) El enfermo es incapaz de ejecutar un movimiento cualquiera de su extremidad anestésica, sin el concurso de la vista.

b) En ciertos casos, el movimiento empezado con el concurso de la vista, puede terminar sin él.

c) Para permitir la realización del movimiento, puede reemplazar á la sensación visual, una representación mental, visual ó aun una sensación táctil, siempre que ellas indiquen al sujeto la posición de su extremidad al principio del movimiento.

En otros términos: si se oculta al sujeto, por medio de una pantalla, la vista de su brazo anestésico, éste cae inmediatamente flácido, inerte, y no ejecuta ninguno de los movimientos que se mande ejecutar. Asimismo, si es anestésico de ambos lados, y si después de haberle colocado de pie, se le ruega que cierre los ojos, vacila, se encorva completamente, ó cae bruscamente en tierra. Podemos con Janet interpretar este fenómeno diciendo que, en semejante caso, la anestesia táctil y muscular está sumada con una amnesia de las imágenes kinestésicas, que se refieren á la extremidad insensible; el sujeto es incapaz de evocar en su conciencia personal la representación mental del movimiento que se le exige; pero por una verdadera suplencia psicológica, las imágenes visuales le sirven de punto de partida para evocar las imágenes kinestésicas, y el movimiento exterior, que sólo es una manifestación de estas imágenes, se hace posible desde el momento que el sujeto mira su brazo anestésico. Basta, por lo demás, sugerirle una alucinación visual, la de su brazo izquierdo que se levanta, para que el enfermo declare ver su brazo levantarse, y que al mismo tiempo, en efecto, se levanta el brazo. De esta manera, la representación visual del movimiento viene á provocar ó suplir la representación kinestésica del movimiento debilitado ó desaparecido.

Pitres ha hecho en los enfermos de esta categoría, una observación muy interesante; el enfermo puede continuar, con los ojos cerrados, el movimiento que empezó con los ojos abiertos, pero si deja volver á caer su brazo, no puede volver á empezar otro movimiento si no se le deja abrir los ojos y mirar la extremidad anestésica. Esta particularidad no es constante, pero demuestra que la imagen visual del principio del movimiento, la de la posición del brazo en el momento de empezar el movimiento, es aquí la más importante. Así, basta en semejante caso, como lo han hecho Lasègue y Pitres, colocar la mano anestésica en una parte del cuerpo que haya quedado sensible, para que el enfermo la mueva sin verla; la sensación inicial que le permite representar y ejecutar el movimiento, es suministrada por el sentido táctil. Esta alteración del movimiento que acabamos de analizar, no parece molestar al enfermo, que, en la vida normal, cuando obra de manera automática sin pensar en su brazo anestesiado, ejecuta todos los movimientos sin estar constreñido á ejercer sobre su extremidad anestésica una vigilancia visual constante.

d) *Catalepsia parcial*. — Sin embargo, se puede también comprobar experimentalmente esta conservación de los movimientos en las extremidades anestésicas y no miradas; se presenta de la manera más decisiva en el fenómeno que Lasègue ha descrito con el nombre de *catalepsia parcial*. Un brazo, por ejemplo, se comporta como si fuera el brazo de una persona en catalepsia, y basta colocarle en el aire, sin saberlo el enfermo, en una posición cualquiera, para que quede inmóvil en esta posición. El brazo no abandona espontáneamente la actitud que se le ha impreso, la conserva casi indefinidamente; el enfermo no sufre ninguna fatiga, ninguna sensación desagradable; mueve á sus anchas las demás extremidades, cuando se le habla de su extremidad cataléptica, sin permitirle que la mire; ignora en absoluto dónde está su brazo, le ha olvidado, y se imagina que descansa en una actitud natural; pero si se le permite mirar al brazo cataléptico, le baja inmediatamente. Por último, si se imprime un movimiento al brazo, en vez de abandonarle simplemente al aire, sucede algunas veces que continua este movimiento con la regularidad de un péndulo; si se le pone un lápiz en la mano anestésica, los dedos se incurvan inconscientemente y se colocan ellos mismos, sin saberlo el enfermo, en la posición de escribir. He aquí el fenómeno en su forma típica; encuentra su explicación en esta noción en apariencia paradójica, pero que parece que debe admitirse en definitiva, que hay en el espíritu de estos enfermos fenómenos psicológicos sencillos ó complejos y lógicamente coordinados que ellos ignoran, sin embargo, y que son para su «yo» como si perteneciesen á otra persona. Estos fenómenos subconscientes que han permitido á los psicólogos explicar los caracteres contradictorios del histerismo, y también, como veremos muy pronto, de la amnesia, se manifiestan, pues, en este caso por movimientos exteriores; prueban también, una vez más, la permanencia en el espíritu de todas las sensaciones y de todas las imágenes bajo la forma de fenómenos aislados y subconscientes.

6.º *Diátesis de contractura*. — Con el nombre de diátesis de contractura, el profesor Charcot describió en 1878, en los histéricos, un estado especial y permanente del sistema muscular, caracterizado esencialmente por el hecho de que la más ligera excitación, recayendo sobre un músculo ó un grupo de músculos, determinan la contractura. Este estado particular del sistema neuro muscular, no se revela en estado ordinario por ningún signo objetivo; el sujeto que está atacado de él, conserva la libertad de los movimientos, y las contracciones sólo aparecen cuando están provocadas accidentalmente por un choque fortuito ó intencional, ejecutado por el médico mismo por medio de maniobras especiales. Este estigma histérico tiene analogía con el estado de oportunidad de contractura que Brissaud ha descrito, en ciertos hemipléjicos de origen orgánico, con el nombre de contractura latente. La diátesis de contractura histérica está á menudo asociada á la amiostenia, así como á la anestesia, y no es raro encontrarla en extremidades considerablemente debilitadas, cuya debilitación confina con la parálisis; es general ó parcial, y se extiende á un lado del cuerpo ó bien sólo á los músculos de una extremidad. Va acompañada algunas veces, pero no siempre, de cierto grado de exaltación de los reflejos tendinosos, y muy excepcionalmente de trepidaciones epileptiformes (fenómenos del pie); por último, los músculos han conservado su excitabilidad eléctrica, pero se ob-