

servan en algunos casos ciertas modificaciones de su curva de contracción, que han sido estudiadas por Paul Richer (1).

En los enfermos que presentan este estigma, la contractura puede provocarse por los procedimientos más variados: constricción de la extremidad por un lazo elástico, amasamiento muscular profundo, estiramiento ó flexión brusca de las extremidades, faradización de los músculos ó de los nervios, imantación, excitación superficial de la piel por un simple roce ó por un sople ligero, sugestión en estado de vigilia, etc.; estos diversos procedimientos obran, de ordinario, con exclusión unos de otros. Ligera ó intensa, la contractura provocada de esta manera, alcanza simultáneamente los flexores y los extensores; puede suceder también que recaiga en el grupo muscular antagonista de aquel sobre el cual se ha hecho la excitación. Una vez provocada esta contractura, reviste todos los caracteres de la contractura espontánea; pero, por lo general, es fácil suprimirla, y esto se consigue por uno de los procedimientos que la engendraron, como fricciones, sugestiones verbales, amasamiento, etc. ¿Cuál es la naturaleza íntima de la diátesis de contractura, ó más bien, de las contracturas mismas que la caracterizan? ¿Se atribuirá en ciertos casos á un eretismo particular de las células de las astas anteriores? ¿Se tratará tal vez de una especie de estricnismo espontáneo, debido á modificaciones dinámicas de los centros reflejos? Esta opinión, que sostienen todavía excelentes observadores, quizás sea confirmada definitivamente algún día, pero lo que es cierto, lo que puede afirmarse desde luego, es que la mayor parte de estas contracturas son, como los diferentes estigmas que acabamos de describir, de origen psíquico. Pierre Janet ha hecho notar que en las condiciones en que se desarrollan estas contracturas, su aparición por la influencia de una excitación cutánea ligera, recayendo sobre una extremidad atacada de anestesia táctil y muscular completa, la asociación misma de la diátesis de contractura y de la anestesia, su desaparición espontánea en los estados de sonambulismo, que van acompañados de la reaparición de la sensibilidad en las extremidades anestésicas, permiten asemejarlas á los fenómenos de catalepsia parcial. Reconocen asimismo por causa, fenómenos subconscientes que deben ser atribuídos á sensaciones de imágenes kinestésicas, subsistiendo aisladamente y ajenas á la conciencia personal del sujeto. «De una parte y otra — dice Janet, — excitaciones exteriores provocan tales sensaciones. Estas, excepto la estrechez de la conciencia, la distracción y la anestesia, no son ni comprobadas ni detenidas por los demás fenómenos psicológicos, y tienden á persistir indefinidamente, manifestándose como siempre por movimientos exteriores». La catalepsia parcial depende de cierta agrupación inteligente de las imágenes subconscientes, de un rudimento de segunda personalidad; en la contractura, este agrupamiento existe mucho menos y aun no existe en absoluto, es una forma más avanzada de la disgregación mental. Es preciso reconocer que estas últimas consideraciones son muy hipotéticas, y que la diátesis de contractura que se extiende á veces al lado sensible, que se presenta á menudo en sujetos habituados á la contractura, ya por sus accidentes anteriores, ya á causa de experimentos reiterados, depende más bien, en bastantes casos, de una idea ó de una sugestión por educación.

(1) J. Richer, Paralysies et contractures hystériques, 1892.

III. Estigmas puramente psíquicos.—A) *Amnesia*.—Los trastornos de la memoria son muy frecuentes en los histéricos, y este es un hecho acerca del cual Briquet, Charcot y otros muchos autores han insistido. Merced á la debilidad de su memoria estos enfermos relatan los hechos incesantemente, incompletos y contradictorios, y cuentan de una manera distinta, al día siguiente, la observación que se escribió la víspera, dictada por ellos. Estos olvidos, estas contradicciones, dan origen á errores de interpretación que Charcot ha señalado muchas veces, en particular en los histéricos que han sido víctimas de choques traumáticos. Estos enfermos son á menudo acusados de simulación, porque se contradicen en sus relatos y mienten algunas veces, pero sus engaños, en realidad, así como la variabilidad de sus respuestas, son consecuencia de su amnesia temporal; así también nos explicamos perfectamente los caprichos, las inconveniencias en su manera de vivir y de conducirse. De una manera general, las amnesias histéricas pueden comprenderse en tres clases: las *sistemizadas, localizadas ó generales*.

Sistemizada, la amnesia recae, no sobre el conjunto de recuerdos adquiridos durante cierto período, sino sobre un grupo de recuerdos referentes á una cierta persona, á un suceso determinado, á las palabras de un idioma extranjero que el enfermo sabía hablar y que ha olvidado por completo. El olvido puede recaer también sobre una cierta categoría de imágenes ó de movimientos sobre los movimientos de la marcha; ciertas formas de abasia y otras parálisis no tienen otro substratum psíquico.

La amnesia es *localizada*, cuando recae sobre el conjunto de recuerdos que se refieren á cierto período de la vida del enfermo. Esta variedad de amnesia aparece á menudo consecutiva á una emoción violenta ó á un ataque. La amnesia, en semejante caso, puede extenderse á los sucesos relativos á un período anterior al incidente que la engendró (amnesia retrógrada), al suceso mismo ó también á la época que le sigue. Bajo una forma pasajera y atenuada, estas amnesias localizadas son muy frecuentes en los histéricos. Muchos de estos enfermos, que parecen atraídos por una lectura, un trabajo ó una relación, son incapaces, si se les pregunta algunas horas después, de decir lo que acaban de hacer ó de oír.

La *amnesia general* es de todo punto excepcional. Después de una serie de crisis, al despertar de un largo sueño, el histérico ha perdido, por lo menos en apariencia, todos los recuerdos de su vida pasada. Algunos sujetos han tenido que volver á aprender á leer, á escribir ó á pronunciar las palabras más usuales; pero esta extraña forma de amnesia es un accidente infinitamente raro. Mortimer-Granville, Scharpey, Macnisch, Weir-Mitchell han referido curiosos ejemplos (1). Por último, en ciertos casos los recuerdos suelen estar alterados en su formación misma. El sujeto es incapaz de adquirir nuevos recuerdos, Olvida los sucesos desde el momento en que se producen, la amnesia marcha, por decirlo así, hacia adelante, es anterógrada (Charcot) (2). Completa, absoluta, esta especie de amnesia es infinitamente rara, pero hasta cierto grado

(1) Véase con este motivo, Sollier, Amnésies, 205. — P. Janet, op cit. — Ribot, les Maladies de la mémoire. — Weir Mitchell, Mary Reynolds, a case of double consciousness, Philadelphie, 1889.

(2) Charcot, Sur un cas d'amnésie rétro-antérograde. Rev. de méd., 1892. — Véase Souques, Essai sur l'amnésie rétro-antérograde. Rev. de méd., 1892.

es común en los histéricos; es, en realidad, una especie de distracción continua que les hace olvidar á cada instante lo que acaban de hacer un momento antes.

Los caracteres psicológicos de la amnesia de los histéricos son muy análogos á los de su anestesia. Por de contado, los enfermos son tan *indiferentes* á su amnesia, como á su anestesia. La amnesia, aun cuando sea *grave, general*, no trastorna nada la función intelectual. A pesar de la pérdida completa de la memoria, la inteligencia queda intacta, encontrándose á veces en la amnesia histérica los caracteres primordiales de la anestesia histérica: la movilidad y la contradicción.

A consecuencia de los ataques, durante los ensueños hablados, del sueño natural, en el estado de sonambulismo provocado, los recuerdos en apariencia perdidos, reaparecen momentáneamente. Existen, por lo tanto, en realidad, y P. Janet, además, ha demostrado que, á pesar de la amnesia aparente, pueden reproducirse los recuerdos al nombrarlos aun durante la vigilia. Pero si se pregunta á estos enfermos directamente, si se les exige pronunciar y aun escribir un nombre olvidado, por esfuerzos que hagan, no le encuentran. Sin embargo, si se le distrae, y ocupa su ánimo, por ejemplo, en una operación aritmética, responderá en voz baja ó bien escribirán sin dudar (escritura automática) el nombre que entonces se les pida. En otros términos, el recuerdo sólo se manifiesta con desconocimiento del enfermo en el estado de subconciencia; en cambio, no aparece cuando la persona trata de hablar ó de escribir su propio nombre. De la misma manera que la anestesia histérica es consecuencia de una falta de síntesis ó de asimilación de las sensaciones en la personalidad consciente, así su amnesia debe considerarse como un trastorno de la percepción personal de las imágenes evocadas ó de los recuerdos. Esta tentativa de interpretación de la amnesia histérica en general dista mucho de resolver todo el problema, puesto que no explica el por qué la amnesia está localizada unas veces á cierto período y otras sistematizada á cierto grupo de recuerdos.

B) *Abulia*.—La debilitación de la voluntad es también un carácter importante del estado mental histérico. Se deja sentir en el cumplimiento de los movimientos y de los actos voluntarios, en particular de los actos nuevos, mientras que los actos antiguos y los movimientos automáticos continúan ejecutándose sin dificultad. Rara vez la abulia motora se sistematiza á un grupo particular de movimientos ó de actos (actos profesionales, marcha, etc.), y casi siempre es difusa é incompleta. Los enfermos tardan un tiempo indefinido en resolverse á emprender un nuevo trabajo, y se abaten al menor obstáculo. Una ocupación un poco sostenida les fatiga. La abulia intelectual, es decir, la incapacidad de fijar la atención y sostenerla aplicada á un objeto determinado, es muy frecuente en estos enfermos, les sucede á cada instante oír una conversación sin entenderla, leer una página sin comprenderla. Los esfuerzos de atención son penosos, hasta dolorosos, para estos sujetos que, sin embargo, son todavía capaces de aplicar voluntariamente su espíritu á un objeto de estudio.

La debilidad de la voluntad se revela también en los histéricos por la imposibilidad en que se encuentran para oponerse á una impulsión, para detener un acto empezado, para desechar una obsesión, para desembarazarse de un tic. También apelan sin cesar á la ayuda de otro, á su médico, al que persiguen y

asedian, exigiéndole unas veces un consejo, y otras una intervención terapéutica.

Podemos, como ha propuesto P. Janet, atribuir este fenómeno de la abulia á la explicación general de los demás estigmas del histerismo, diciendo que hay una restricción del ánimo para los actos voluntarios, como la que hay para las sensaciones y las imágenes. « Los actos nuevos adoptados á circunstancias variables y complejas, exigen una síntesis más delicada, más actual; son los primeros atacados. Los actos antiguos, que son debidos á antiguas síntesis y que se repiten casi sin modificación, apenas si están alterados. Pero que se trate de unos ó de otros, la alteración recae sobre todo sobre un fenómeno que es siempre y necesariamente una síntesis actual, la percepción personal de los actos, la asimilación de las acciones nuevas á la gran noción de la personalidad antigua ».

Tales son los estigmas, es decir, los síntomas permanentes y fundamentales del histerismo. Si se acepta la doctrina psicológica que hemos bosquejado en la exposición precedente, se resume el estado mental que caracteriza esencialmente á la enfermedad en una alteración por debilidad de la personalidad, en un defecto de la síntesis *personal*, de las sensaciones, de los recuerdos, de los actos, y merced á este estado psíquico, es como se desarrollan esencialmente la mayor parte de los *accidentes* que vamos á describir.

ACCIDENTES HISTÉRICOS

A) *Ataques*.—Los ataques son uno de los accidentes más conocidos y también más frecuentes del histerismo; sin embargo, pueden faltar por completo. Briquet había notado que la mitad de sus enfermos no tenían ataques; sin duda descuidó ciertas formas entonces desconocidas, pero en la actualidad bien estudiadas, de la crisis histérica. La cifra indicada por Pitres, que cuenta 63 histéricas por 100 con ataques, es con seguridad más exacta.

a) *Gran ataque (histerismo mayor)*.—El gran ataque de histerismo, tal y como ha sido descrito y figurado por Charcot y P. Richer, ha sido objeto de muchas controversias. Se ha dicho que era una forma artificial, producida por la educación ó la imitación; que en ciertos casos los ataques hayan podido ser artificialmente moldeados, según este tipo, esto es incontestable, pero no es menos cierto que se observan ataques acaecidos naturalmente, y que responden con exactitud á la descripción de estos autores. Pierre Janet ha referido dos ejemplos; nosotros mismos hemos observado recientemente un caso típico, y dos médicos del ejército alemán han publicado hace poco una observación muy completa (1). Aun cuando sea relativamente rara, no es menos interesante, desde el punto de vista nosográfico, puesto que resume asociándolas las principales variedades del ataque histérico.

Pródromos.—En general, el gran ataque es precedido de pródromos lejanos ó próximos. Ciertos enfermos se ponen tristes, huraños, buscan la soledad; otros se hacen excitables, pendencieros; estos sienten la necesidad irre-

(1) Andrée et Knoblauch, *Berliner klinische Wochenschrift*, n° 10, 11 Marzo 1889.
TRATADO DE MEDICINA. — TOMO VII.

sistible de andar, de gesticular, de hablar, aquéllos padecen alucinaciones visuales, visiones de animales, fantasmas, etc., ó auditivas, que se manifiestan casi siempre en el lado hemianestésico. Al par de estos fenómenos de orden psíquico, presentan habitualmente trastornos somáticos que interesan los diversos aparatos: palpitaciones, rubicundez ó palidez de las extremidades, hipo, opresión, náuseas, poliuria, temblores, sacudidas ó espasmos musculares. Después, sobreviene el áura que sirve de preludio inmediato al ataque. Esta empieza ordinariamente por un dolor sordo ó punzante, que ocupa una de las regiones ováricas ó un costado, el izquierdo más á menudo; bien pronto, el sujeto acusa en el abdomen una sensación como de un cuerpo redondo que se disloca y asciende hacia el epigastrio. En este momento, es presa de palpitaciones, de opresión ó de ganas de vomitar; después el *bolo histérico* se eleva hasta la región anterior del cuello, y en tanto que la estrangulación y la sensación de sofocación se acentúa y que la cara se congestiona, el enfermo percibe silbidos de oídos, latidos precipitados de las sienas, su vista se oscurece, sobreviene el vértigo, cae sin conocimiento y empieza el ataque. Sin embargo, la crisis convulsiva no sucede fatalmente á los fenómenos del áura; estos pueden disiparse por momentos, después reaparecer antes de llegar al ataque confirmado. El áura parte algunas veces de una zona dolorosa, que no es la zona ovárica.

1.º *Período epileptiforme.* — Este período presenta casi todos los caracteres del acceso de epilepsia. Como este último, se subdivide en las tres fases llamadas tónica, clónica y de resolución. Va acompañado algunas veces también, ya de micción involuntaria, ya de mordedura de la lengua.

La fase de resolución está á menudo interrumpida por espasmos, contracciones pasajeras, sacudidas generalizadas que levantan á los enfermos y los contraen como si fueran una bola. Los párpados están también á menudo animados por vibraciones rápidas.

2.º El segundo período es el de *contorsiones* y de los *grandes movimientos*. Se le designa todavía con el nombre de período de *payaso*. Durante la fase de las contorsiones, el sujeto gstea y toma las actitudes más inverosímiles y más imprevistas. Una de ellas, sin embargo, es muy particular y frecuente, es la actitud llamada el *arco de círculo*. A esta fase sucede la de los *grandes movimientos*. Estos son alternativas de flexión y de extensión del tronco, saludos, ó de las extremidades, movimiento de rotación de la cabeza, etc.

Durante el segundo período, los sujetos lanzan de ordinario gritos agudos y repetidos, desgarran sus vestidos, toman actitudes de terror ó cólera, y perseguidos evidentemente por alucinaciones aterradoras, gesticulan de una manera horrible y despliegan en sus agitaciones, su defensa ó su cólera, una energía sorprendente. Después, insensiblemente el enfermo pasa al tercer período.

3.º *Período de las actitudes pasionales.* — En este momento, el sujeto en pleno sueño, sueña refiriéndose en su mayor parte de las veces á escenas ó sucesos por él presenciados, manifiesta en la fisonomía, por gestos, por actitudes de las más expresivas, y también por palabras, los sentimientos que engendran en él los cuadros de las alucinaciones que automáticamente se desarrollan á su vista; obra, en una palabra, como si su sueño fuese una realidad. Sus visiones son ó alternativamente tristes ó alegres ó exclusivamente de uno ó de otro carácter. Expresa sucesivamente la alegría ó la cólera, el terror ó el éxtasis. En

general, es siempre la misma serie la que se desarrolla en el mismo enfermo en cada uno de sus ataques, en un orden siempre el mismo.

4.º El cuarto período ó *período de delirio*, no siempre difiere bien del precedente, del que sólo es, por decirlo así, la continuación. El ensueño se prolonga y subsigue, casi siempre es hablado, pero el delirio de palabra, al cual asistimos, se interrumpe á menudo por posiciones plásticas, actitudes pasionales semejantes á las que llenaron el penúltimo estadio.

Poco á poco, ó bien de repente, después de algunos instantes de silencio y de inmovilidad, el enfermo se despierta un poco cansado, pero habiendo recordado todo su conocimiento. A veces, el final de la crisis se marca con algún fenómeno crítico como poliuria, llanto, risa ó hipo. El ataque suele dejar en pos de sí parálisis, contracturas parciales, etc. La duración media del gran ataque de histero-epilepsia es de quince á treinta minutos, pero el tercero y cuarto período se prolongan algunas veces durante horas y aun días enteros.

Por regla general, es posible interrumpir el ataque, ya comprimiendo las zonas histerógenas, ya por medio de una excitación cualquiera un poco viva, llamadas reiteradas ó sollicitaciones verbales.

Estos grandes paroxismos rara vez se presentan aislados. Como las formas comunes del ataque histérico, se repiten con intervalos más ó menos lejanos, tan pronto regulares como muy desiguales. Algunas veces, las crisis se suceden sin interrupción durante uno ó varios días consecutivos (*estado de mal*), pero por lo general, las crisis tienden á regularizarse, á aparecer, en días y á horas fijas, más particularmente hacia la tarde, á menos que una contrariedad, una emoción ó cualquier incidente imprevisto, capaz de provocar el ataque, no intervenga accidentalmente.

b) *Pequeño ataque de histerismo (ataque vulgar).* — Es la forma más común del ataque histérico. Siguiendo á Pitres, que ha dado una descripción muy exacta, podemos dividir la evolución de este ataque en tres períodos:

1.º *Período preconvulsivo.* — Está representado por iguales trastornos prodrómicos que los que preceden á los grandes ataques y que conducen al áura. Esta no difiere en nada esencial del áura del gran ataque, salvo que parte las más de las veces del epigastrio. Este período recorre más ó menos rápidamente sus etapas, y el enfermo cae privado de conocimiento, presa de convulsiones; en los casos ligeros, la pérdida de conocimiento no es completa.

2.º El *período convulsivo* se compone de dos fases: la atónica y la clónica. En la tónica la respiración está interrumpida, el cuello se hincha, la cara se congestiona y el enfermo está sofocado. Bien pronto empieza la fase clónica, el sujeto grita, contrae violentamente sus extremidades por rápidos movimientos extensos y desordenados, iniciándose el arco de circo ó las salutaciones. La respiración es ruidosa, las mandíbulas están apretadas una contra otra, la boca espumosa, y después de una corta pausa, durante la cual sorprendemos algunas veces un gesto expresivo, un juego de la fisonomía, esbozo de las actitudes pasionales, entrando la crisis en su tercer estadio, á menos de una nueva vuelta á las convulsiones.

3.º *Período post-convulsivo.* — El enfermo cae en resolución; sueña y refiere su ensueño sin gestos, sin mímica; tan pronto con entonaciones é inflexiones de voz perfectamente apropiadas á las escenas que describe, á las ideas que ex-

presa, como en voz baja y monótona. A menudo falta este delirio terminal, y el fin de la crisis se marca únicamente por llanto ó explosiones de risa. Después de todo esto se despierta, frota sus párpados, arroja una mirada de asombro en derredor, y todo ha concluído. He aquí el ataque común de histerismo. Dura de diez á treinta minutos próximamente. Es evidente que, en este caso, sólo se trata de una simple atenuación del gran ataque. Como éste presenta numerosas variantes, caracterizadas ya por el predominio ó la extensión de uno de sus períodos, ya por la atenuación ó difusión de éste ó aquel de sus elementos constitutivos.

Formas irregulares del ataque histérico. — Sólo podremos señalar, en este momento, las más importantes de las formas frustradas de las crisis histéricas; aquellas que en la práctica presentan muchas veces serias dificultades para el diagnóstico.

Vértigo histérico. — Esta modalidad es poco conocida, y, sin embargo, no es muy rara. El enfermo experimenta de repente un vago malestar y en el momento se oscurece su vista, tiene retintín de oídos y es presa de vértigo; aturdido, con obnubilación de la conciencia, oscila ó amenaza caer. Este estado sólo dura algunos segundos, y bruscamente, como empezó, se disipa el trastorno, y el enfermo recobra la plena posesión de sí mismo. Si este vértigo alterna con los ataques bien característicos de un histérico confirmado, si viene precedido por las sensaciones subjetivas que caracterizan el áura histérica, se le diagnosticará con facilidad. Pero si se presenta antes de que la enfermedad esté bien confirmada, si el áura es muy rápida ó mal definida, para pasar inadvertida por el sujeto, podremos confundir esta modalidad de la crisis histérica con el vértigo de Menière, el vértigo epiléptico, etc.

Ataques epileptiformes. — A veces la crisis parece estar representada únicamente por el primer período, ó período epileptiforme del gran ataque, estableciendo generalizadas las convulsiones después de las manifestaciones del áura. A menudo, aun en medio de la fase resolutive, aparece un nuevo acceso convulsivo, sucediéndose de esta manera los accesos en algunos casos durante horas y aun días suficientes para simular un verdadero estado de epilepsia.

Que sea aislado ó que evolucione por series, el ataque histérico puede, por lo tanto, bajo esta forma, ser confundido con el acceso de epilepsia verdadera, tanto más, cuanto que el relato de la crisis, hecho por los enfermos ó por las personas que los rodean, es casi siempre muy imperfecto. El áura histérica puede ser tan rápida, tan atenuada, que pase desconocida para el enfermo; por otra parte, el acceso comicial va precedido algunas veces de una serie de sensaciones subjetivas, en un todo semejantes á las que constituyen el áura histérica, de tal manera que éste no puede ser considerado como un elemento absolutamente positivo de diagnóstico diferencial. De una manera general, los accesos de epilepsia sobrevienen más bien en la segunda mitad de la noche, ó por la mañana. Van acompañados á menudo de incontinencia de orina y mordedura de la lengua, yendo seguidos de un largo período de extertor. Estos caracteres no pertenecen al ataque de histerismo epileptiforme, pero en este concepto no hay regla absoluta: la mordedura de la lengua, la incontinencia de orina, son accidentes posibles de la crisis histérica, razón por la que, en los casos difíciles, cuando estamos en presencia de un enfermo que hasta en-

tonces sólo ha tenido corto número de crisis, no podemos fundar el diagnóstico en la falta ó en la existencia de estos caracteres; y aún hay más, la existencia de los estigmas puede ser negativa, faltan en algunos casos muy á menudo, por lo menos los de una comprobación fácil (anestesia, estrechez del campo visual, etc.) en los niños y en el adulto en los primeros períodos de la enfermedad. Por regla general, la primera crisis histérica es provocada por una emoción, en tanto que el acceso de epilepsia aparece de ordinario sin causa ocasional aparente, pero tampoco es imposible, como ya hemos dicho, que el ataque comicial se desarrolle después de una impresión de terror, de un movimiento de cólera, etc. En resumen, en la práctica se presentan casos en que la naturaleza de los ataques no podrá afirmarse sino después de un largo período de atención y observación, durante el cual se ensaye el tratamiento bromurado, puesto que éste casi no tiene efecto alguno sobre el histerismo convulsivo, mientras que detiene, modifica ó suprime casi siempre los accesos de epilepsia. Podremos también recurrir al análisis químico de las orinas, pues ya veremos, al describir los trastornos de nutrición en el histerismo, cuáles son las indicaciones que suministra este examen.

Sea lo que fuere de todo esto, no hay que perder de vista que el histerismo y la epilepsia revisten aspectos clínicos del todo semejantes; no es menos cierto que ambas neurosis son, en su esencia, de todo punto distintas. En el ataque histero-epiléptico, así como en las formas epileptiformes á que acabamos de referirnos, la epilepsia sólo figura en apariencia. No hay que olvidar tampoco que histerismo y epilepsia pueden, y el hecho no es raro, coexistir en el mismo enfermo (histero-epilepsia de crisis diferentes).

En cierto número de casos se han observado convulsiones histéricas localizadas, ya en una extremidad, ya en uno de los lados del cuerpo capaz de simular la *epilepsia parcial*. Hechos de este orden han sido referidos por Ballet, Crespín (1), Ghilarducci y Bardol.

Ataque demoníaco. — En la clasificación de las formas de la crisis histérica que ha sido adoptada por J. Richer, este ataque se halla caracterizado, como el ataque de payaso, por una exageración de los movimientos que caracterizan el segundo período de la gran crisis «histero-epiléptica». Suponed, dice este autor, un segundo período, en el cual todos los fenómenos más extraños se multiplican como á placer; añadid el furor, los gritos, la rabia, los movimientos desordenados; tomad, además, todo aquello que en los otros períodos presenta un relieve extraordinario ó está marcado por el predominio del elemento doloroso, como las contracturas generalizadas del final ó algunas alucinaciones horribles del tercer período.....» Tal será el ataque demoníaco.

El *ataque de payaso* es sobre todo frecuente en la infancia. El enfermo corre, franquea los obstáculos y demuestra con sus piruetas y, con sus payasadas, una agilidad sorprendente á veces. Jolly, en su estudio del histerismo en los niños, ha descrito perfectamente esta modalidad del ataque histérico; los enfermitos,

(1) Ballet et Crespín, Des attaques d'hystérie à forme d'épilepsie partielle. *Arch. de neurol.*, 1884. — Ballet, Attaques d'hystérie à forme d'épilepsie (monsspasme facial) *Gazette des hôpitaux*, 1891. — Nogués, Hystérie à forme d'épilepsie partielle chez un garçon. *Méd. méd.*, 1892. — Ghilarducci, Contribution au diagnostic différentiel entre l'hystérie et les Maladies organiques du cerveau, *Archives de neurologie*, 1892 et 1893. — Bardol, Thèse de Paris, 1893.