

en general, conservan cierto grado de conciencia; en tanto que ejecutan sus contorsiones y payasadas, reconocen á las personas que se les acercan, se mueven como en un sueño y se creería que representan un papel. Esta variedad de la crisis histérica debe diferenciarse de ciertas formas precursoras del acceso comicial.

*Ataque de éxtasis.* — Después de haber sufrido los síntomas del áura, ó sin preliminares bien distintos, el sujeto cesa de repente de hablar y queda inmóvil; los ojos fijos, la mayor parte de veces abiertos ó entornados, á veces cerrados, parece no oír y no reacciona cuando se le pincha. La cara permanece con su color, la fisonomía expresa el asombro, la admiración ó el estupor. En algunos casos, el enfermo habla ó hace un gesto, toma una actitud en relación con la idea ó la alucinación que le domina. Estas crisis no se prolongan más que de algunos minutos á un cuarto de hora. El enfermo se despierta bruscamente ó sale de este estado poco á poco y como haciendo un esfuerzo sobre sí mismo. Estas especies de crisis preceden ó siguen á los ataques convulsivos, ó bien se producen en el intervalo de estos últimos y en cierto modo independientemente. En algunos histéricos, estos ataques de inmovilidad son los únicos que se comprueban.

*Ataque sincopal* (1). — Se presenta esta variedad con los caracteres siguientes: después de un áura de corta duración, los enfermos se sienten debilitar y desvanecerse, no tienen convulsiones, permanecen inertes, la cabeza oscilante y los ojos entornados. Sin embargo, las manos quedan generalmente cerradas, y á veces se observan ligeras contracciones, facilitando el diagnóstico estos pequeños movimientos cuando existen. La cara está de ordinario pálida, la respiración lenta, pero los latidos del corazón permanecen normales. Si este estado se prolonga, adquiere las apariencias de un verdadero sueño.

*Ataque de sueño.* — El ataque de sueño constituye una modalidad bastante común de la crisis histérica, sucede algunas veces á uno ó varios ataques convulsivos, ó bien se presenta consecutiva á una emoción moral. Tan pronto aparece en forma de un adormecimiento progresivo, precedido por las manifestaciones del áura, como empieza bruscamente, y el enfermo cae como herido de apoplejía; en este estado, presenta casi las apariencias del sueño natural; la cara está pálida ó ligeramente coloreada, sus párpados están animados de pequeños movimientos vibratorios y resisten notablemente al dedo que los levanta. Los globos oculares se mueven convulsivamente, las pupilas permanecen sensibles; las mandíbulas apretadas una contra otra; las extremidades ligeramente rígidas ó en contractura franca, conservan algunas veces las actitudes catalépticas que se les imprime; la respiración es á menudo normal, pero superficial; lenta ó acelerada puede revestir el tipo de Cheyne-Stokes (Achar). El pulso es normal, rara vez lento ó acelerado; la sensibilidad general y las sensibilidades especiales, parecen completamente abolidas, por lo menos los enfermos no reaccionan cuando se les excitan, pero las sensaciones, en realidad, se perciben y conservan. Los enfermos en este estado de sueño, son sensibles algunas veces á los agentes estesiógenos (Debove y Achar) y pueden recibir sugerencias. Sus zonas histerógenas conservan su sensibili-

(1) Pitres, op. cit., 1, 213.

dad; por último, al salir de las crisis recuerdan todo lo que se ha dicho y hecho alrededor de ellos durante su sueño. Nada es más variable que la duración de estos ataques, que se prolongan excepcionalmente durante varios meses. Sin embargo, no duran por regla general sino algunas horas ó algunos días, simulando de esta manera una apoplejía cerebral sintomática, por ejemplo, una hemorragia. En muchos casos, en efecto, su aspecto y su evolución clásica justifican la denominación de apoplejía histérica, con la cual han sido descritas por Debove y Achar. Puede suceder que el enfermo se despierte con una hemiplegia motora y sensitivo-sensorial; pero en la mayor parte de los casos, el ataque de sueño histérico termina por una crisis convulsiva, ó bien por risas, llanto ó algún delirio de palabras significativo. En tanto dura el sueño, la temperatura puede llegar á 38°,5 (Charcot) y la nutrición general presentar modificaciones que más tarde indicaremos.

Es interesante é importa en razón misma del pronóstico, relativamente favorable, diagnosticar la apoplejía histérica durante el mismo ictus. Podemos creer en un coma de origen orgánico, determinado por una lesión en foco del encéfalo y en una intoxicación, y en particular en el coma urémico, que va acompañado algunas veces de actitudes cataleptiformes (Brissaud).

De una manera general, estos sueños histéricos á falta de conmemorativos, se dan á conocer por algunas particularidades ajenas á los comas de origen orgánico; el estremecimiento de los párpados, los movimientos de salutación en series intermitentes, cierto aspecto de actitud pasional son otros tantos indicios que podían en plazo breve aclarar el diagnóstico. Por otra parte, es excepcional que la apoplejía histérica determine una elevación ó un descenso de la temperatura. Si al salir de la crisis, el sujeto queda hemipléxico ó hemianestésico; nos apoyaremos para formar nuestro juicio, en los mismos caracteres de la hemiplegia en la estrechez bilateral del campo visual, en el grado y la persistencia de la anestesia, en la existencia de un hemiespasmio glosolabial de una zona histerógena, etc.

La narcolepsia, ó enfermedad del sueño descrita por Gélinau, Landouzy y Ballet, está caracterizada por una necesidad súbita é invencible de dormir y no es sino muy verosímelmente una variedad del sueño histérico. Armaingaud, H. Legrand, Bouchard y Parmentier, han relatado observaciones muy demostrativas desde este punto de vista.

*Automatismo ambulante.* — Algunos histéricos están sujetos á impulsiones intermitentes, que les impulsan á hacer escapadas más ó menos largas. Estos paroxismos preceden ó siguen á los ataques convulsivos, ó bien son independientes. Como en el automatismo comicial, el sujeto abandona de repente sus ocupaciones para llevar á cabo algunas veces verdaderos viajes, obedeciendo de esta manera á la sugestión, al ensueño que le domina. Terminada la crisis, se sorprende él mismo de encontrarse lejos de su casa é ignora todo lo que le ha sucedido. En algunos casos, el enfermo no es inconsciente, sabe á dónde va, pero está dominado por la idea fija que le impulsa. J. Voisin, Proust, Régis, Duponchel, Séglas, etc., han publicado observaciones de automatismo histérico. A falta de crisis convulsivas y de estigmas, el diagnóstico diferencial de esta forma con el automatismo comicial, presenta dificultades reales.

Esta forma de la crisis histérica, como el vigilambulismo, el ataque de de-

lirio ó ataque sonámbulo delirante (Charcot), modalidad en la cual el delirio del cuarto período, aislado de toda manifestación convulsiva, constituye por entero la crisis, y debe agregarse al grupo de los sonambulismos histéricos.

Tales son los caracteres objetivos de los principales tipos del ataque histérico.

*Fisiología patológica.* — En el momento actual, es imposible precisar el mecanismo de este accidente. El ataque es, en efecto, un fenómeno extremadamente complejo y difícil de analizar; comprende todo un conjunto de trastornos fisiológicos cuya patogenia, desconocida por completo, puede, sin embargo, asegurarse que está determinada y regida, á lo menos en la mayor parte de casos, por fenómenos psicológicos. Por regla general, el primer ataque sobreviene después de una emoción moral viva y es fácil comprobar en cada nuevo ataque, la reproducción de la emoción primitiva. Podemos reconocer este hecho examinando la actitud, los movimientos y la fisonomía del enfermo durante el ataque convulsivo, ó bien escuchando sus palabras, que expresan más ó menos explícitamente la naturaleza de la emoción bajo cuya influencia se encuentra. Algunos autores, en particular Pitres, han insistido con razón acerca de la existencia de un áura psíquica; esta desempeña un papel mucho más importante que el áura sensitiva y abdominal, y cuyas manifestaciones no difieren esencialmente de las que se producen en un individuo normal bajo la influencia de una emoción violenta (sensación de bola, constricción á la garganta, palpitaciones, sensación de desfallecimiento ó movimientos automáticos, etc.). El papel de la emoción se deja percibir aun en la naturaleza misma de las causas que provocan el ataque. El enfermo observado por Pierre Janet, y cuya primera crisis había sido provocada por el terror que le había inspirado el ver un incendio, caía en ataque con sólo enseñarle un fósforo encendido ó bien mirando el fuego de una chimenea, y en su crisis, cuando intentaba salvarse, gritaba: «¡fuego!» y llamaba á los bomberos.

Es imposible no ver en este hecho la reproducción, por asociación de ideas, de la emoción primera que habrá producido el ataque. Por igual mecanismo, es decir, despertando sensaciones de un estado hemotivo antiguo que les está asociado, puede el tacto de ciertos puntos hiperestésicos (zonas histerógenas) provocar convulsiones, pero la emoción no está siempre, sin embargo, expresada por el enfermo, que parece ignorarla por completo, y no por eso es menos real. De esta manera se desarrollan los ataques durante el sueño de la noche, bajo la influencia de ensueños aterradores, referentes al choque moral que determinó el primer acceso, ensueño del que el enfermo, al despertar, no conserva ningún recuerdo. En el estado de vigilia, con igual frecuencia, el sujeto sueña sin saberlo, inconscientemente, con su áura psíquica, es decir, la escena terrorífica que va á determinar la crisis. Momento en que el ataque parece inminente, si se le sume en estado de sonambulismo profundo, podrá algunas veces referir las alucinaciones ó las imágenes que asaltan su espíritu, y que en el estado subconsciente preparan y provocan la crisis. Así es, que Breuer y Freund dicen recientemente, que las manifestaciones del ataque histérico se reducen, en parte, á reacciones emocionales, acompañando á un recuerdo. En suma, se originan muchos ataques en una emoción, y ésta se debe á la reproducción de un sueño, casi siempre el mismo, consciente ó subconsciente. El sujeto,

cuya personalidad consciente está disminuía, «no puede establecer oposición entre las sensaciones y las ideas presentes, y este recuerdo que le obsesionan», la emoción se desarrolla desde entonces sin contrapeso, acarreado reacciones fisiológicas excesivas, variables, con los individuos, y determinando, sin que sepamos por qué, en uno convulsiones, en éste un estado pseudo-sincopal, en aquél un decaimiento general simulando el sueño, en otro el delirio, etc.

Pero todas las crisis no son emocionales. El análisis médico-psicológico ha demostrado que ciertos ataques á lo payaso están determinados por ideas fijas, que se desarrollan ajenas á la voluntad de los enfermos, y se refieren á movimientos asociados que reproducen un incidente de la vida pasada.

La idea fija, el ensueño que se impone al ánimo del sujeto y le invade por completo es fácil de descubrir tanto en los ataques de éxtasis, como en ciertos ataques de sueño. Haciéndoles recordar á los enfermos que han conservado en algunos casos la memoria de las visiones de aquellas escenas, á las que creyeron asistir, poniéndoles en estado de sonambulismo; por último, en algunos casos, por la escritura automática, podemos asegurarnos de que los ataques de este género son verdaderas crisis del pensamiento (Janet). En estos estados, los enfermos no dejan de pensar, como podría creerse; por el contrario, están absorbidos por imágenes en extremo vivas ó complejas, que les dan la ilusión completa de la realidad, y que llenando su estrecho campo de conciencia, no son contradichas por nadie. Así, la insensibilidad general que presentan, sólo es aparente, es una anestesia por distracción. En estos estados, tienen sobre todo alucinaciones visuales y auditivas; algunos oyen órdenes ó prohibiciones sencillas y rápidas, que se repiten con tenacidad, y cuyas consecuencias son algunas veces de las más graves. «No comas, le dice la voz interior.... No hables.... Estás parálítico....» Y el resultado de estas especies de «crisis de ideas», puede ser una anorexia rebelde, una parálisis persistente, etc.

Con seguridad, todos los fenómenos de las crisis histéricas no son de orden puramente moral; tales son, por ejemplo, las convulsiones epileptiformes, ciertos movimientos estereotipados, como el arco de círculo, algunos eritemas, ciertas hemorragias que preceden ó acompañan algunas veces al ataque. Tal vez se llegue un día á conocer la razón de ser de estos trastornos singulares, y el mecanismo por el cual se refieren á la emoción, al ensueño ó al trastorno psíquico que provocaron el ataque. Sea lo que fuere, podemos afirmar que el papel de los fenómenos psíquicos en la génesis de las principales formas de la crisis de histerismo es considerable y aun capital. Cada una de sus formas, consideradas desde el punto de vista psicológico, parece estar constituida por fenómenos emocionales ó por imágenes de movimiento ó por ensueños; y se comprende que combinándose unas con otras, realicen ya el gran ataque más completo y más complejo de todos, ya ésta ó aquella de las variedades elementales ó intermedias á que hemos pasado revista.

Estos ensueños, emociones, imágenes kinestésicas que persisten en el estado subconsciente en el ánimo del enfermo, y de repente crecen hasta invadir todo su espíritu y arrastrarle de esta manera al desarrollo de los ataques, presentan, pues, en el más alto grado todos los caracteres del automatismo psicológico (Janet), á saber: la regularidad, la repetición del pasado y la subconciencia. Como las sugerencias, de las que no vamos á precisar aquí el meca-

nismo psicológico, como las ideas fijas, estos estados se desarrollan merced á la debilidad de la personalidad consciente de la síntesis personal de las sensaciones y de las ideas. Unas y otras indican en los histéricos una tendencia de los fenómenos á agregarse en series distintas, á constituir agrupaciones coordinadas é independientes de la conciencia personal. Esta división de los fenómenos de conciencia se manifiesta más por completo aún en los sonambulismos.

#### Parálisis y contracturas.

*Condiciones etiológicas.*—Las causas provocadoras ú ocasionales de las parálisis y de las contracturas histéricas son muy numerosas. Podemos, con P. Richert dividir las en cuatro grupos principales: 1.º, ataques convulsivos y sus variedades; 2.º, impresiones morales; 3.º, traumatismos; 4.º, diversos estados morbosos.

Entre las manifestaciones prodrómicas del ataque convulsivo, una de las más comunes es la agravación momentánea de los síntomas permanentes. La amiotenia, principalmente, como la diátesis de contractura, se acentúa á menudo en los días ó en las horas que preceden á las crisis, y agravándose, pueden llegar, una á la parálisis, otra á la contractura. En este caso, la forma en que se presenta más particularmente la impotencia motora es la de la hemiplegia ó la de una monoplegia incompleta. La contractura prodrómica del ataque histérico sobreviene, ya consecutiva á algún esfuerzo muscular, á un ligero choque, ya sin causa apreciable; es muy variable, movable, y se reproduce casi siempre de una manera idéntica en el mismo enfermo. Estos trastornos motores, precursores de la crisis, sólo tienen una duración efímera, desaparecen con las convulsiones. Por el contrario, las parálisis y contracturas consecutivas al ataque, sea la que fuere su forma, pueden persistir durante mucho tiempo, por lo cual importa desembarazar de ellas sin tardanza á los enfermos.

La influencia del *traumatismo* en la producción de las parálisis y de las contracturas es muy conocida desde los trabajos de Charcot, Brodie, Russel-Reynolds, etc. No hay ninguna relación entre la violencia del traumatismo y el grado del trastorno motor que la subsigue. La emoción, el choque moral que acompaña á la violencia es, en este caso, el factor esencial. La parálisis consecutiva á los traumatismos no se presenta inmediatamente después del choque, sino que sobreviene al cabo de un tiempo más ó menos largo, después de un período de incubación ó «de meditación», como le llamó Charcot, durante el cual la idea de impotencia de la extremidad traumatizada crece y se impone al ánimo del enfermo. Las contracturas de origen traumático se comportan de esta manera; pero pueden también aparecer sin hacerse esperar, inmediatamente después del choque. Las emociones morales violentas y la sensación de debilitación, de impotencia motora que determinan, suelen servir de incentivo á estas parálisis. Por igual procedimiento (auto-sugestión) ciertas parésias ó parálisis orgánicas, apareciendo en la convalecencia de las enfermedades infecciosas ó tóxicas, sirven de pretexto á la parálisis histérica.

*Caracteres generales de las parálisis histéricas.*—Estas parálisis empiezan

bruscamente ó de una manera lenta ó gradual, rara vez son completas; que révisan la forma hemipléjica, parapléjica ó monopléjica, es raro que, observándolas bien, no se compruebe en la extremidad paralizada, aun cuando parezca con una inercia total, algunos movimientos en algunas de sus partes. La debilitación alcanza por igual grado los músculos antagonistas; es raro que vayan acompañadas de algún desorden trófico ó vaso-motor; se observan, por excepción; la atrofia muscular y los edemas concomitantes. Sin embargo, se comprueba en la mayor parte de los casos un ligero descenso de la temperatura local.

La contractilidad eléctrica se conserva. Los reflejos tendinosos, están normales ó parecen ligeramente exaltados. Las parálisis histéricas van acompañadas á menudo de trastornos de la sensibilidad: anestesia superficial ó profunda é hiperestesia.

Bajo influencias diversas, y aun sin causa apreciable, presentan variaciones de intensidad algunas veces considerable. Su duración varía desde algunas horas á varios años; recidivan á menudo. La curación es la terminación natural que sobreviene repentinamente en la mayor parte de los casos; otras veces de una manera progresiva. Por último, la parálisis flácida puede transformarse en contractura. He aquí los caracteres fundamentales de las parálisis histéricas vulgares. La parálisis histérica afecta en ciertos casos un tipo muy particular y de todo punto significativo, es sistemática, consistiendo entonces en la supresión de los movimientos voluntarios coordinados para el cumplimiento de ciertos actos determinados con exclusión de los demás movimientos que se conservan. Tal es, por ejemplo, la astasia-abasia, que describiremos más adelante, ciertas variedades de parálisis facial (Babinski), etc.

*Caracteres generales de las contracturas.*—La contractura es una impotencia motora, acompañada de un estado de rigidez persistente é involuntario del músculo, sin modificación notable de las reacciones eléctricas. La extremidad en contractura conserva una posición fija, que se deja más ó menos difícilmente modificar; los músculos contracturados están duros, y la contractura persiste de ordinario durante el sueño; sólo la cloroformización la hace cesar; los reflejos no están modificados, por regla general, y los trastornos tróficos son raros. Va acompañada con mucha frecuencia de una anestesia superficial ó profunda; por último, es indolente. Al lado de esta forma común; hay que señalar dos variedades más raras: una dolorosa, sumada con una hiperestesia exquisita de la región contracturada, va acompañada de punzadas, de tracciones dolorosas, evolucionando por paroxismos que impiden el sueño y conduciendo á los enfermos á reclamar un tratamiento quirúrgico; la otra, poco intensa y movable, desaparece durante el sueño natural. El principio de las contracturas histéricas es brusco ó gradual, como su desaparición; la duración es muy variable, pero en la mayoría de casos el espasmo es fijo y tiende á prolongarse indefinidamente.

De una manera general, el diagnóstico diferencial de las parálisis y contracturas histéricas y de las parálisis y contracturas de naturaleza orgánica, se funda en las siguientes consideraciones: las parálisis de origen cerebral no son nunca sistemáticas, no las acompaña nunca la anestesia, y cuando ésta existe, es casi siempre transitoria y superficial.

Las parálisis espinales y periféricas se complican muy á menudo de trastornos tróficos considerables, suprimen ó exaltan los reflejos tendinosos, modifican profundamente las reacciones eléctricas, etc.

Las contracturas por lesiones orgánicas pueden distinguirse de las contracturas histéricas: por sus propios y únicos caracteres, aun sin tener en cuenta la evolución del accidente y la coexistencia ó falta de los estigmas. Estos caracteres distintivos han sido muy bien precisados por Babinski. La actitud de la extremidad contracturada es muy diferente en ambos casos. En la forma orgánica, la rigidez está poco acentuada y es siempre posible el imprimir á la extremidad algunos movimientos pasivos. Los reflejos tendinosos se hallan exagerados y la trepidación espinal es casi constante. En la contractura histérica, la rigidez es muy pronunciada, excesiva, y para vencerla, hay que emplear un esfuerzo prolongado. La actitud de la extremidad ó del segmento de extremidad contracturado es casi siempre especial, característica. La contractura braquial pone por regla general el brazo en adducción y los demás segmentos bien en flexión forzada. Cuando se limita á la mano, se halla muy doblada ó en extensión. Tan pronto el puño está cerrado, como la mano está medio abierta; otras veces los dedos se colocan como para escribir. En las extremidades inferiores se observa ya la extensión total, ya el pie bot varu equino. Rara vez el talus con ó sin flexión de los dedos. Los reflejos no están exagerados, ó su exageración es sólo aparente, el hecho es resultado de un temblor que simula la trepidación espinal. La contractura histérica no es una exageración del tono muscular (tejido), como la contractura orgánica; es un estado de contracción prolongada, que el sujeto es incapaz de hacer cesar; por esto se asemeja á la parálisis, y ambos fenómenos alternan desde luego y se mezclan íntimamente; se producen en iguales condiciones, presentan las mismas variedades y son susceptibles de igual interpretación, como veremos en seguida; pero antes, examinaremos las principales localizaciones y modalidades clínicas de estas parálisis y de estas contracturas.

La *hemiplegia histérica* empieza la mayoría de veces de una manera instantánea, otras á consecuencia de un ictus apopléctico; se localiza más á menudo en el lado izquierdo, con frecuencia es incompleta; el brazo pende á lo largo del cuerpo, y el enfermo arrastra su extremidad inferior paralizada, «como si se tratara, dice Todd, de una pieza de substancia inanimada; no sirve para ningún acto de circunducción, no hace ningún esfuerzo para levantarse del suelo, y en tanto que marcha el enfermo, el pie va barriendo el suelo». Estos rasgos son característicos de la parálisis histérica. El hemipléjico orgánico anda con su pierna en movimiento de guadaña, no la arrastra. Si añadimos á esto que la hemiplegia histérica va casi siempre acompañada de hemianestesia persistente y profunda, ó cuando menos de algunos estigmas sensitivos y sensoriales que se localizan, ya en el lado de la parálisis, ya en el opuesto, se comprenderá que el diagnóstico será fácil las más de las veces. Además, que sea espasmódica ó flácida, la hemiplegia histérica respeta de ordinario la cara, y cuando la alcanza sólo se comprueba un hemiespasma glosolabial. Las parálisis de las extremidades, como sus contracturas, se localizan tan pronto en una extremidad sola, como en uno de sus segmentos, monoplegias, ó bien afectan á las dos extremidades del mismo lado del cuerpo (monoplegias asociadas). Otras

veces ambas extremidades inferiores, y rara vez las cuatro extremidades. La extremidad ó segmento de ella atacado de parálisis ó de contractura, presentan en los más de los casos una anestesia de contornos geométricos que separan más ó menos los límites del territorio ocupado por la parálisis ó la contractura.

La *paraplegia histérica* completa ó incompleta, rígida ó flácida, va acompañada algunas veces de trastornos urinarios; cuando se complica de amiotrofia, puede hacernos creer en una mielitis transversa, en un tumor de la médula, en un mal de Pott, etc.

La *cuadriplegia* ó parálisis de las cuatro extremidades, es muy rara; flácida ó rígida, rara vez es tenaz y durable. Briquet sólo la ha encontrado seis veces en 120 casos de parálisis, y Chevalier, que ha hecho de ella un estudio particular, no ha podido reunir sino 21 casos auténticos.

La integridad de los reflejos, la falta de atrofia en masa, la presencia de una anestesia característica por su forma y límites, la naturaleza de la causa provocadora, la evolución del accidente, la comprobación de algún estigma sensorial, permitirán diferenciar estas dos últimas formas de parálisis de la parálisis especial sub-aguda y de las diversas paraplegias orgánicas que simula.

*Contracturas de los músculos de la cara y de los ojos.* — Asociadas ó no á las contracturas de las extremidades, las contracturas de los músculos de la cara son frecuentes. La del orbicular de los párpados ó *blefarospasmo*, es casi siempre unilateral. Cuando es enérgica ó permanente (forma tónica), la piel de los párpados está muy plegada; va acompañada á menudo de falsos dolores peri-orbitarios, de fotofobia; el párpado se resiste cuando se trata de levantarle, y se llega con gran trabajo á descubrir el globo ocular, que está algunas veces desviado convulsivamente hacia arriba y adentro. La forma *pseudo-paralítica* es en extremo interesante; el enfermo presenta un ptosis incompleto, que hace pensar en una parálisis del elevador del párpado. Si se le invita á abrir el ojo, echa la cabeza hacia atrás, y contrae enérgicamente su músculo frontal, como haría un enfermo de ptosis paralítica. El diagnóstico entre esta forma de blefarospasmo y la parálisis del elevador puede ser muy difícil; es, sin embargo, un signo objetivo el que ha señalado Charcot con el nombre de *signo de la ceja*, y que nos permite reconocer el falso ptosis histérico; consiste en la caída de la ceja en el lado del espasmo. En el ptosis paralítico, por el contrario, la ceja está más elevada en el lado sano. La coexistencia de una zona anestésica ó hiperestésica limitada á los párpados y á la conjuntiva, permite algunas veces reconocer, desde luego, la naturaleza histérica del trastorno motor (Gilles de la Tourette).

Las *parálisis de los músculos motores del ojo* sólo se admiten por algunos autores y bajo la forma de parálisis asociadas (Parinaud); por el contrario, las contracturas de estos músculos son incontestables; el estrabismo convergente es bastante raro. La oftalmoplejía ó más bien la inmovilización involuntaria de los globos oculares se observa algunas veces. En semejante caso, el enfermo no puede *voluntariamente* mirar ni á derecha ni á izquierda, arriba ni abajo, pero en los movimientos automáticos, cuando no se examina al enfermo, cuando mira espontáneamente á derecha ó izquierda, los movimientos de los ojos que parecían abolidos, se verifican bien. Todos estos trastornos de la mus-