

culatura del ojo son consecuencia ya de una idea fija, ya de la amnesia de uno ó de varios movimientos determinados (oftalmoplegia). Dígase lo que se quiera, el estrabismo divergente, la parálisis y la contractura aislada de uno de los músculos rectos, la miosis y la midriasis no son accidentes de naturaleza histérica.

El *hemiespasmio glosolabial* puede presentarse aisladamente, pero á menudo está asociado á parálisis ó contracturas de las extremidades, principalmente á la hemiplegia. Fue señalado ya y descrito por Charcot, después por Brissaud y P. Marie. Imprime á la cara una deformidad permanente, que simula á primera vista una parálisis localizada del lado opuesto. Cuando está quieta la boca, se halla desviada del lado de la contractura; el contorno del labio está más acentuado; la comisura ligeramente levantada, así como el ala de la nariz; el surco naso-labial es más profundo y la mejilla más saliente, y aun á menudo la ceja del mismo lado está un poco caída. Además, se observa algunas veces en los músculos de los labios del mentón, de la mejilla, pequeñas sacudidas rápidas, intermitentes, que indican la naturaleza espasmódica de la desviación de los rasgos. Del lado opuesto, se comprueba que no hay vestigio de parálisis; los pliegues no están borrados y los movimientos se realizan de una manera normal. Si mandamos al enfermo que abra la boca ó saque la lengua, se acentúa el espasmo y la boca se abre más del lado de éste; el surco naso-labial se ahonda profundamente; al mismo tiempo, la contractura se extiende á los músculos de los párpados, de la frente, al cutáneo y al esterno-mastoideo; para sacar la lengua, es preciso hacer grandes esfuerzos, la punta está muy desviada hacia el lado contracturado, encorvada en forma de gancho, y algunas veces se esconde chocando contra la cara interna de las mejillas, y no puede salir de la cavidad bucal. Esta desviación de la lengua *exagerada* y convulsiva, es del todo característica.

*Parálisis facial histérica.*—Negada en algún tiempo por ciertos autores, la parálisis facial histérica, es admitida hoy por todos; existe aislada ó asociada á otros trastornos paralíticos, localizados en las extremidades, bastante á menudo coexiste con el hemiespasmio glosolabial que se localiza en este caso en el lado opuesto. Lo más comunmente unilateral, rara vez bilateral, interesa todo el dominio del facial inferior ó sólo algunos músculos; poco aparente en el reposo, se hace más evidente cuando se provocan movimientos voluntarios; se parece á la parálisis facial de origen capsular. No se ha demostrado hasta ahora que repase los límites del facial inferior, invade toda la cara, en una palabra, que presente la forma de una parálisis facial total análoga á las parálisis faciales periféricas.

*Tortícolis.*—El tortícolis llamado paralítico es muy raro; en esta forma, la cabeza está inclinada del lado opuesto á los músculos, que parecen ser los invadidos de la parálisis; es, en realidad, una actitud viciosa y sin tirantez, resultado de una idea fija. Cuando se coge la cabeza del enfermo entre las manos, se comprueba que se deja mover fácilmente, pero cae en su posición viciosa en cuanto se la abandona á sí misma. P. Richer ha referido una observación, en la cual esta parálisis se presentaba de una manera transitoria. Estos hechos pueden asemejarse á los espasmos funcionales del cuello, especie de tortícolis intermitente que aparecen ó desaparecen, según el sujeto apoye ó no

su cabeza contra un plano resistente, según que esté de pie ó en decúbito dorsal, que sostenga elevada su cabeza ó la deje caer sobre la almohada. Estos caracteres singulares, la evolución intermitente, unida á la comprobación de algunos estigmas, nos permitirán reconocer fácilmente la naturaleza de estos tortícolis. El tortícolis, *por contractura*, determina una actitud viciosa que varía naturalmente según el grupo de músculos atacados. Es en particular muy frecuente en el histerismo infantil. En la mayor parte de los casos es un tortícolis de repetición, que desaparece bruscamente de cuando en cuando, para reproducirse de la misma manera ó bien gradualmente. Cuando va acompañado de puntos dolorosos epifisarios, situados en el trayecto de la columna vertebral, puede confundírsele con un tortícolis sintomático del mal de Pott en evolución.

*Coxalgia histérica.*—Tiene á menudo por origen un traumatismo, y está caracterizada por un conjunto de síntomas que recuerdan con más ó menos exactitud los de la coxalgia verdadera articular. Como en ésta, se comprueba una deformidad de la cadera, de la combadura lumbar, un acortamiento aparente de la extremidad, la que se sostiene en la rotación hacia adentro, con flexión y abducción, por la contractura de los músculos peri-articulares. Las maniobras practicadas con objeto de mover la articulación coxo-femoral son dolorosas, la impotencia funcional es algunas veces considerable, y el enfermo se encuentra reclinado en la cama sin poder andar sino con muletas. La rotación de la extremidad hacia afuera, con abducción y prolongación aparente, es excepcional. Independientemente de la existencia de estigmas ó de ataques, los signos que permiten sentar el diagnóstico son los siguientes: la articulación en sí misma no es dolorosa, se puede percutir el trocánter mayor y la rodilla sin provocar dolores; la hiperestesia dolorosa es casi exclusivamente cutánea; ocupa una zona representada por un triángulo, cuyo vértice corresponde al monte de Venus ó á la raíz de las bolsas, y cuya área, ensanchándose, contornea la región del pliegue inguinal y de la nalga (signo de Brodie). Esta zona hiperestésica es también en algunos casos histerógena; la mayor parte de las veces no se comprueba calor ni tumefacción de la región, en los casos de coxalgia histérica. Sin embargo, se han recogido algunos en los que ésta iba acompañada de un edema peri-articular, de una amiotrofia notable de los músculos gluteos y coxo-femorales. También hay que recurrir, para sentar el diagnóstico de una manera cierta, al examen de la articulación durante el sueño clorofórmico. Todos los signos de la pseudo-coxalgia desaparecen entonces, mientras que la lesión articular orgánica se revela por chasquidos, subluxaciones, etc. A pesar de todo, el diagnóstico presenta en algunos casos dificultades casi insuperables, porque la coxalgia verdadera, en su período inicial, no va acompañada casi nunca de chasquidos muy manifiestos. Por último, ambas afecciones pueden coexistir superponiéndose la coxalgia histérica á la lesión tuberculosa de la cadera. Charcot, Lannelongue y Joffroy han referido casos de este género.

*Astasia-abasia.*—Entrevisto por Jaccoud este síndrome, fue estudiado en 1883 por Charcot y J. Richer, y después por Blocq (1), que trazó una descripción muy completa, proponiendo para llamarle la palabra *astasia-abasia*.

(1) Blocq, Sur une affection caractérisée par l'astasia-abasie. Arch. de neurol., 1888.

Está caracterizado por la supresión ó el trastorno de los movimientos coordinados para la marcha y la estación vertical. Es una impotencia funcional sistemática, puesto que, en efecto, se conserva la energía muscular de las extremidades inferiores para todos los demás movimientos. Puede distinguirse, desde el punto de vista clínico, varias formas. En general, la astasia y la abasia coexisten, pero aquélla puede existir sola; el enfermo atacado de astasia-abasia, no puede tenerse en pie ni marchar. Por el contrario, sentado ó acostado, puede extender y doblar sus extremidades inferiores é imprimirlas todos los movimientos que se le manden. Un enfermo abásico solamente, es decir, incapaz para andar, podría, sin embargo, correr, saltar á pie juntillas ó en cucullas, trepar, etc. Charcot ha descrito las siguientes variedades: 1.<sup>a</sup>, astasia-abasia paralítica, en la cual las extremidades se doblan y permanecen inertes cuando el enfermo quiere tenerse en pie ó andar: 2.<sup>a</sup>, la astasia-abasia atáxica, la cual es coreiforme ó temblorosa, trepidante, según que la incoordinación es producida por grandes movimientos de flexión de las piernas y del cuerpo de apariencia coréica, ó bien por una especie de pataleo, de trepidación de las extremidades inferiores; Pitres ha señalado, además, una variedad á saltitos, y P. Richer otra por rigidez.

*Espasmo saltarino.*—Descrito por Bamberger en 1859, después por Gowers, Jaccoud y Landouzy, este espasmo ha sido estudiado recientemente por Brisaud (*Arch. gen. de med.*) en 1890, que en una interesante Monografía ha analizado muy bien sus caracteres clínicos é indicado su verdadera naturaleza. «Este espasmo no es otra cosa, dice este autor, sino un incidente de la diátesis de contractura, y pertenece como tal, así como ésta las más de las veces (no siempre) al histerismo». Consiste en una serie de contracciones sucesivas y alternadas de los flexores y de los extensores de la pierna, y algunas veces del muslo, sobreviniendo con motivo de una excitación cualquiera, de una emoción ligera ó de una sacudida. Resulta que en la extensión vertical, el sujeto salta bruscamente ejecutando una especie de danzas, sin coordinación, grotesca y tan exagerada, que no es posible al principio abstraerse á la idea de creer en una simulación; la marcha es en algunos casos muy difícil y aun imposible. Ambas piernas no están siempre afectadas simultáneamente. En el decúbito horizontal, basta un contacto, tocar la planta de los pies, la flexión brusca del pie sobre la pierna, la percusión de los tendones rotulianos ó de la tibia para provocar el espasmo. Este síndrome está sujeto á remisiones cotidianas y á recidivas frecuentes. Se observa más especialmente en el hombre. Aun cuando deriva casi siempre del histerismo, no hay que olvidar que este síndrome suele encontrarse también ya en la tabes (Charcot), ya en el curso de los estados espasmódicos, sintomáticos de las afecciones espinales de naturaleza orgánica.

El espasmo saltarín se asemeja, desde el punto de vista nosográfico, al *paramyoclonus multiplex*, á la *corea eléctrica* que derivan, por lo general, del histerismo.

*Coreas histéricas.*—Se ha descrito y se observan comunmente dos tipos de coreas histéricas:

1.<sup>o</sup> *Coreas rítmicas.*—Es la forma más frecuente, invade las extremidades cara, cuello, y se limita de ordinario á las extremidades de una mitad del

cuerpo (hemicoreas) ó bien á una sola extremidad; los movimientos involuntarios que la caracterizan, se producen de una manera intermitente y en forma de abcesos, cuya duración oscila desde algunos minutos á uno ó varios días. No se trata aquí de sacudidas y de movimientos desordenados, sino más bien de movimientos sistemáticos que parecen la reproducción de movimientos coordinados para el cumplimiento de un acto determinado; las sacudidas de un ritmo regular, reproducen, por ejemplo, los movimientos del baile (*corea saltatoria*), los movimientos de la natación (*corea natatoria*) ó bien los movimientos profesionales del herrero de fragua (*corea maleatoria*). En una palabra, es la reproducción más ó menos fiel, de actos volitivos lógicos é intencionados. Algunas veces existen en el sujeto atacado de esta forma de corea, zonas de freno y excitadoras, en las que la presión hace cesar ó desaparecer los accesos.

2.<sup>o</sup> *Coreas arítmicas.*—Está caracterizada por movimientos involuntarios, irregulares y contradictorios, idénticos, en una palabra, á los de la corea común ó corea de Sydenham. Señalada por Debove en 1890, fue en el año siguiente con motivo de observaciones presentadas por Chantemesse, Joffroy y Seglas, objeto de interesantes discusiones en la Sociedad médica de los Hospitales. En 1886, J. Marie demostró que la ovaralgia existe á menudo en la corea común, y que se localizaba casi siempre en el lado en que habían empezado los movimientos. La hemi-anestesia ú otros estigmas, se encuentran mencionados en cierto número de observaciones. Algunos autores interpretaron estos hechos, diciendo que ésta era una verdadera corea histérica. Otros, llevando esta interpretación hasta lo inverosímil, llegaron hasta atribuir al histerismo todos los casos de corea de Sydenham. Algunos con Charcot, Joffroy, etcétera, estiman que se trata en estos casos de una asociación en el mismo sujeto de dos neurosis distintas: la corea de Sydenham y el histerismo. En realidad, hay muchos casos de corea de Sydenham, que según toda verosimilitud son independientes de la neurosis histérica; lo que sucede, es que se prestan á discusión, porque vemos yuxtapuestos los movimientos coréicos y las manifestaciones incontestablemente histéricas; por último, se encuentran casos de corea arítmica, desarrollados por limitación ó auto-sugestión en jóvenes histéricos. Nosotros hemos observado algunos ejemplos, y es incontestable que en los hechos de este orden no cabe discusión acerca de la naturaleza histérica del fenómeno.

*Temblores histéricos.*—Han sido estudiados y descritos por Charcot, Rendu, Pitres y Dutil. Generalizados ó parciales, y en este caso limitados ya á un lado del cuerpo, ya á las extremidades inferiores ó á una sola extremidad, son esencialmente polimorfos, de ritmo tan pronto lento, como rápido, ligeros ó muy intensos, hasta el punto de trastornar la marcha y los actos de la vida cotidiana. Simulan la mayor parte de las demás especies de temblores (alcoholismo, hidrargirismo, parálisis agitante, esclerosis en placas, temblores pre ó post-hemipléjicos). El conocimiento de estos temblores histéricos ha hecho que de nuevo se dude acerca de la legitimidad de ciertas variedades de temblores, como los temblores por emoción, ciertos temblores llamados mercuriales, los consecutivos á las enfermedades infecciosas que en razón á sus caracteres, á su brusca desaparición bajo la influencia de los agentes estesiógenos, etc., pueden atribuirse á la neurosis histérica.

**Tics.** — Los tics histéricos son muy frecuentes y muy variados. Como los tics comunes (enfermedad de los tics), están caracterizados por movimientos rápidos sistemáticos y coordinados que tienen un sentido que expresan algo; es el pestañeo de los párpados que protege á los ojos, el encogimiento de hombros, el sobresalto del terror, el ronquido gutural, ciertas formas de tos, etcétera. Difieren de los movimientos de la corea rítmica, en que no tienen ritmo regular; se producen en efecto á intervalos desiguales. Tienen por origen tan pronto una idea fija, como la imitación de un movimiento que el histérico ha notado en otro enfermo.

*Fisiología patológica de los accidentes de orden motor.* — La interpretación de las parálisis y de las contracturas histéricas ha motivado algunas teorías fisiológicas que parece deben ser abandonadas en la actualidad. Los trastornos psicológicos son aquí también los que desempeñan en estos fenómenos el papel esencial; si reflexionamos un poco en las condiciones en que aparecen, en los caracteres que presentan, en la facilidad con que se les reproduce ya durante el sonambulismo, ya en el estado de vigilia, como lo ha demostrado Charcot en sus lecciones de 1884 y 1885, en su brusca desaparición por influencias morales, etc., nos convenceremos fácilmente de que no pueden depender sino de una perturbación puramente mental. Sin embargo, no todas pueden ser explicadas por igual interpretación psicológica. Las que son electivas ó sistemáticas, como la astasia-abasia, la oftalmoplegia externa, se explican ya por una idea fija subconsciente, ya por la amnesia de los movimientos especiales que se encuentran suprimidos. Las monoplejias simples ó asociadas y las contracturas locales, son casi constantemente el resultado de un ensueño persistente, de una idea fija, la idea de impotencia motora de adormecimiento. Otras, por último, tales como las parálisis y las contracturas, como lo ha demostrado P. Richer, no son sino la exageración de la amiostenia ó de la diátesis de contractura; sólo difieren de estos dos estados, de estos dos estigmas por el grado. Son la consecuencia de una acentuación de la estrechez del campo de conciencia, de la supresión de la percepción personal de las sensaciones elementales, procedentes de las extremidades paralizadas ó contracturadas.

Atribúyense la mayor parte de los tics, de los movimientos coreicos, así como los síndromes dolorosos y los accidentes viscerales que acabamos de enumerar, á ideas fijas, á sueños subconscientes.

**Síndromes dolorosos.** — Ya hemos mencionado, en el capítulo de los síntomas permanentes, algunas formas de hiperestesias dolorosas histerógenas ó no, y que los autores y los clínicos tienen por costumbre colocar entre los estigmas de la enfermedad. Ahora examinaremos algunas manifestaciones *accidentales* del histerismo, en las cuales un dolor verdadero ó falso, real ó psíquico, desempeña el principal papel y realiza, ya por su localización, ya por los trastornos que le acompañan, síndromes particulares.

1.º *Cefalalgia histérica.* — Profunda ó superficial, y en este último caso bajo la dependencia de una zona hiperestésica del cuero cabelludo, la cefalalgia histérica se presenta de ordinario en forma de accesos de retorno periódico que aparecen más particularmente por la tarde y en las primeras horas de la noche. Este último carácter ha podido, en algunos casos, hacer posible la confusión con la cefalea sifilítica. Como la histérica es algunas veces tenaz y va acom-

pañada de vómitos, simula también á veces la cefalea sintomática de los tumores cerebrales; asimismo puede confundírsela con una jaqueca común, cuando se continua por uno de los lados del pericráneo. Por último, en algunos casos excepcionales, adquiere tal intensidad, que por su violencia y el conjunto de manifestaciones de reacción que provoca, resulta un cuadro clínico muy análogo al de la meningitis.

Esta *pseudo-meningitis* histérica aparece á menudo precedida de pródromos, malestar general, inapetencia, insomnio, dolores de cabeza; después aumenta la cefalalgia, se hace insoportable, y por instantes se exaspera arrancando gritos al enfermo y acompañada de delirio. Cuando á esta cefalea violenta se suman vómitos, rigidez de la nuca, contracturas espasmódicas de las extremidades ú opistótonos y aun fiebre, se comprende que la idea de una meningitis se presente naturalmente en el ánimo del observador. Para diagnosticar este accidente histérico, hay que apoyarse en el examen de los antecedentes, la noción de la causa provocadora, que á menudo es de orden moral, la investigación de los estigmas, la falta de los trastornos pupilares y de modificación del pulso; por último, en la comprobación de la forma urinaria del paroxismo histérico, que en un caso difícil permitió á Chantemesse reconocer la naturaleza histérica del síndrome. Además, falta la fiebre, por lo general, sin embargo de que puede desarrollarse por el hecho de una enfermedad inflamatoria concomitante, de una vaginitis, de una angina, como en los casos observados por Dalché y Netter.

Cuando el síndrome histérico, de que nos ocupamos en este momento, surge en el curso de una fiebre tifoidea ó de un ataque de reumatismo articular agudo (caso de Huchard y Repère), el error es casi inevitable, y se atribuirán naturalmente al reumatismo cerebral ó á la meningitis tífica los trastornos nerviosos en cuestión.

*Jaqueca oftálmica.* — Charcot y Babinski han señalado algunos casos de jaqueca oftálmica, de naturaleza histérica. Este accidente es muy raro. En la forma histérica, la hemiopia falta siempre, mientras que es muy común en las formas comunes.

2.º La *hiperestesia raquidiana* es frecuente. Cuando es intensa, persistente y limitada á tres ó cuatro vértebras, puede hacer creer en la existencia del *mal de Pot*; exasperándose á la menor presión, al más ligero contacto, obliga algunas veces á los enfermos á estar encorvados. A menudo, en semejante caso, el médico que examina al enfermo, creyendo á primera vista en la enfermedad vertebral, llame por sus preguntas y sus investigaciones la atención del enfermo hacia sus extremidades inferiores. Este se auto-sugestiona, y bien pronto acusa en sus extremidades debilidad ó trastornos de la sensibilidad. Si con el dolor raquidiano coexisten puntos dolorosos sobre las partes laterales del tórax ó del abdomen, el cuadro clínico es desde luego bastante semejante al del mal de Pot, ó de una mielopatía orgánica para permitir un error. Un síndrome de este género, desarrollado como consecuencia de un traumatismo, ha podido hacer creer en una fractura del raquis. Estos hechos han sido señalados, y cuidadosamente estudiados, por Brodie y Charcot (1).

(1) Véase Souques, Syndromes hystériques simulateurs des maladies de la moelle Th. doct., 1889.

3.º En ciertos casos, una zona hiperestésica, localizada en el hueco epigástrico y con crisis dolorosas de vómitos y de hematemesis, ha podido inducir á error, y diagnosticar de *úlcera redonda* ó de crisis gástricas tabéticas.

4.º La *angina de pecho histérica*, fue descrita primeramente por Charcot y P. Marie (1), después por Landouzy, Huchard, Leclerc, etc. Puede constituir la primera manifestación de la neurosis, y se presenta bajo dos formas distintas: En la *forma neurálgica*, el acceso está caracterizado por un dolor atroz, angustioso, que parte de la región precordial ó aparece en la periferia, en el dedo meñique, y se irradia hacia el cuello, siguiendo el borde cubital de la extremidad superior, exactamente como en la angina de pecho de origen orgánico. La piel de la región precordial es algunas veces asiento, en el intervalo de los accesos, de una hiperestesia exquisita. La *forma vaso-motora* se revela por la palidez del semblante y del brazo, el enfriamiento de las extremidades y los trastornos de la respiración, que tan pronto es precipitada como lenta é irregular. La angina histérica es bastante rara. Los accesos aparecen más particularmente durante la noche. Su duración es en general bastante corta; pero se prolonga en ocasiones lo suficiente para realizar una especie de malestar anginoso. El fin de la crisis se marca algunas veces por risas ó sollozos, ó bien por un ataque sincopal ó convulsivo.

El diagnóstico de la angina de pecho histérica, debe fundarse en los conmemorativos, investigación de los estigmas, estudio de las condiciones provocadoras del acceso, existencia de una zona de hiperestesia cutánea precordial, aparición, al final del acceso, de fenómenos críticos, como los que acabamos de señalar, y, por último, en los resultados negativos de la auscultación del corazón. Pero este síndrome histérico se asocia algunas veces á cardiopatías orgánicas. El diagnóstico presenta entonces grandes dificultades; sin embargo, importa en semejantes casos sentar de una manera precisa la naturaleza, y por tanto, el pronóstico de los fenómenos anginosos.

**Accidentes viscerales.** — Describiremos en este capítulo síndromes muy desemejantes, en los que predominan, ó bien se asocian, tan pronto trastornos del movimiento y de la sensibilidad como fenómenos vaso-motores. Estos síndromes pueden interesar los principales aparatos de la economía.

**Accidentes histéricos de las vías respiratorias.** — Se han citado en la laringe parálisis de los músculos de la fonación, que se presentan á menudo asociados á la anestesia ya de la mucosa laríngea, ya de la piel de las regiones supra é infrahióidea (2). La afonía que determinan, aparece bruscamente; el enfermo no puede hablar sino en voz baja, pero hay una particularidad característica de esta especie de afonía, y es que la fonación no está á menudo abolida, sino para hablar en alta voz; la tos es sonora, así como el canto, y en los ensueños hablados, la voz reaparece normal como timbre y como intensidad. Al examen laringoscópico, tan pronto las cuerdas vocales quedan separadas y no pueden aproximarse, como están aproximadas en adducción. Se ha supuesto que, en el primer caso, hay parálisis de los cricotiroides y, en el segundo, contractura de estos mismos músculos. Esta afonía es, por lo tanto, sistémica.

(1) P. Marie, *Rev. de Méd.*, 1882. — Le Clerc, Th. doct., Paris, 1887.

(2) Thaon, Congrès de Milan, 1880.

Podemos observar en los histéricos los trastornos más diversos del lenguaje. El *mutismo* estudiado por Charcot, Cartaz, etc., está caracterizado por la supresión pura y simple de la facultad de hablar ya en alta voz, ya en baja; la afonía se asocia á menudo á este mutismo, y el sujeto es incapaz de emitir ningún sonido. Por el contrario, se expresa fácilmente por los gestos y la escritura; la lengua y los labios se mueven con facilidad en todos sentidos. Sin embargo, algunas veces se comprueba cierto grado de contractura de la lengua que queda pegada al suelo de la boca cuando se invita al enfermo á sacarla fuera. La coexistencia de la agrafia histérica con el mutismo, fue señalada por Lépine (*Revue de Médecine*, 1891) y por Bellet y Sollier (*Revue de Médecine*, 1893).

La *tartamudez* histérica fue también citada por Ballet y Tissier (*Arch. de Neurologie*, 1890).

Por último, mencionaremos los ruidos laríngeos, los trastornos respiratorios que se repiten siguiendo un ritmo regular, y aparecen de ordinario en forma de accesos con retornos periódicos, crisis de ladridos, sollozos, bostezos, risas, etc.—Estos accidentes, estudiados por Sydenham, Lasègue, Charcot, Pitres, etc., van acompañados á menudo de hiperestesia, de sensación de cuerpo extraño ó de puntos dolorosos en las fosas nasales, en la cámara posterior de la boca ó en la laringe.

El más importante de estos ruidos es la *tos histérica*. Este accidente ha sido muy bien descrito por Lasègue. La tos es paroxística ó permanente, discreta ó por accesos, produciéndose cada tres ó cuatro espiraciones; los paroxismos están, por regla general, perfectamente regulados, y casi siempre idénticos á sí mismos en cada enfermo. La tos histérica cesa, por lo común, durante la noche y no perturba el sueño; la distracción, la lectura en alta voz y ciertas aptitudes pueden hacerla cesar. Se la observa más particularmente en las jóvenes en la época de la pubertad; aparece casi siempre, como la mayor parte de los ruidos laríngeos que acabamos de enumerar, á consecuencia y por la influencia de una emoción moral, ó bien con motivo de una inflamación pasajera de la garganta y de las vías respiratorias, también se desarrolla algunas veces por imitación. Estos diversos trastornos se presentan á menudo, en el estado de síntoma aislado, en sujetos que no tienen ni ataques, ni estigmas bien aparentes (histerismos mono-sintomáticos).

La *disnea* histérica afecta una de las tres formas siguientes: tan pronto se trata de un violento acceso de sofocación por espasmo glótico; otras la disnea parece que es consecuencia de la inmovilización por parálisis ó contractura del músculo diafragma, ó bien se trata de una taquipnea de ritmo regular que eleva el número de los movimientos respiratorios de 60 á 100 y aun más al minuto, evolucionando sin esfuerzo aparente y sin frecuencia de pulso; este último tipo es el más común.

La *congestión pulmonar*, acompañada ó no de hemoptisis, no es muy excepcional; Debove ha demostrado que esta congestión se localiza de ordinario en el vértice del pulmón y en el lado anestésico, pudiendo hacer creer en la tisis. Sólo por el examen bacteriológico de los esputos, la investigación de los estigmas, etc., podremos establecer el diagnóstico.

**Trastornos digestivos.**—La *anorexia* histérica ha sido descrita por Gall, La-