

sègue y Charcot. Es benigna y transitoria ó bien grave y tenaz; tan pronto aparece en un sujeto francamente histérico, como es la primera manifestación alarmante de la neurosis. Es mucho más frecuente en las jóvenes. Su principio es brusco é insidioso; cuando es absoluta, no tarda en sobrevenir el adelgazamiento. «Alcanza algunas veces, dice Charcot, proporciones verdaderamente inusitadas; los enfermos no son sino esqueletos vivientes, pero ¡de qué vida! El entorpecimiento sucede á la agitación ficticia del principio; pasado algún tiempo, la marcha y la estación vertical son imposibles; los enfermos están recluidos en la cama, donde apenas si pueden moverse, los músculos del cuello se paralizan, la cabeza rueda como una masa inerte sobre la almohada, las extremidades están frías y cianósicas, y sorprende cómo la vida puede persistir en medio de semejante desquiciamiento.... La alarma de los parientes llega al más alto grado, cuando las cosas suceden de esta manera; alarma muy justificada, porque la terminación fatal es inminente, y conozco por lo menos cuatro casos de muerte». El pronóstico de la anorexia histérica es, por lo tanto, grave; este accidente debe ser tratado con rigor por el aislamiento absoluto, la investigación de la idea fija consciente ó subconsciente que impide al enfermo comer poniendo en juego los procedimientos de la sugestión y la alimentación forzada. Esta manifestación histérica es de orden puramente mental: unas veces el temor á una obesidad precoz, otras la idea del suicidio ó alguna otra aberración mental.

La *disfagia* y el *esofagismo* histéricos, consisten en la aparición intermitente ó permanente de un espasmo faringo-esofágico, que sólo aparece al paso de los alimentos. Esta disfagia es tan pronto electiva, es decir, sólo para ciertos alimentos, como absoluta. En este último caso, se hace grave, merced á la inanición que es su consecuencia, ó porque á la larga conduzca á la anorexia ó á la repugnancia para los alimentos.

Los *vómitos* histéricos pueden complicar las disfagias y las anorexias incompletas, y también presentarse como accidente aislado; son pasajeros ó persistentes é incoercibles; tan pronto se arrojan los alimentos inmediatamente de la ingestión, y los enfermos se quejan de sensaciones penosas en el hueco epigástrico, como faltan por completo los fenómenos gastrálgicos, y los enfermos comen con apetito, pero los alimentos son arrojados después de haber permanecido algún tiempo en la cavidad gástrica. Algunas veces, los dolores gástricos son muy vivos, y creemos con facilidad en una afección orgánica del estómago (gastritis ulcerosa, úlcera redonda). Charcot, estudiando el vómito histérico en sus relaciones con la anorexia y la iscuria, que algunas veces le acompaña, ha demostrado que había á menudo una alternativa entre la cantidad de orina y la de las materias vomitadas. Pero los vómitos pueden coincidir con orinas abundantes. En realidad, tienen, como la anorexia, un origen casi siempre mental. La sugestión, el sencillo lavado del estómago (Ballet) pueden suprimirlos.

La *timpanitis histérica* es ordinariamente paroxística; aparece bien en el intervalo de las crisis, bien á consecuencia de los ataques y de una manera brusca; después de una duración variable, desaparece rápidamente como había aparecido. Sin embargo, puede desarrollarse gradualmente y hacerse persistente; es indolente, ó bien se complica de peritonismo.

La *pseudo-peritonitis histérica* se presenta á veces con todos los caracteres de la peritonitis verdadera, acompañada de vómitos, estreñimiento é hiperestesia adquirida del abdomen; pero falta, por lo general, la fiebre. En algunos casos, el síndrome toma el aspecto de la estrangulación intestinal: meteorismo, estreñimiento absoluto, vómitos alimenticios ó porráceos; casi siempre faltan los vómitos estercoreos, y los hechos en que se ha consignado este último carácter, no son en verdad concluyentes.

Mencionaremos, por último, el espasmo ano-rectal, que puede determinar un estreñimiento absoluto, ir acompañado de vivos dolores, impedir el tacto rectal, y, por lo tanto, simular la estrechez orgánica del recto.

Trastornos de la nutrición general. — El estudio de la nutrición general en el histerismo, empezado por Charcot, Bouchard, Empereur (Tesis de París, 1876), ha sido emprendido de nuevo por Gilles de la Tourette y Cathelineau (1). Ambos autores se han esforzado en sentar cuál era el estado de la nutrición: 1.º, en lo que ellos llaman el «histerismo normal». En otros términos, en los períodos interparoxísticos; 2.º, en el histerismo paroxístico en el momento de las crisis.

En el primer caso, es decir, en los enfermos que sólo presentan, como manifestaciones de la neurosis, los estigmas permanentes, la nutrición se ejecuta de una manera normal. Gilles de la Tourette y Cathelineau han comprobado, en efecto, después de haber analizado los excreta urinarios de 10 enfermos (7 mujeres y 3 hombres), que el volumen de la orina y la tasa de los excreta, referida á kilogramo de individuo sano, oscilaba en los límites normales. Además, sus estudios acerca del estado de la sangre, han confirmado los resultados obtenidos antes por Charcot, Gréhant, Quinquaud, etc., es decir, que, aparte de los casos de anemia y de clorosis, la cifra de la hemoglobina, urea y glicosa de la sangre de los histéricos, es perfectamente normal.

Por el contrario, los paroxismos histéricos van acompañados constantemente de un trastorno notable de la nutrición y de una modificación importante en la excreción urinaria. Gilles de la Tourette y Cathelineau, han estudiado, en primer término, la urología del ataque convulsivo clásico; sus investigaciones han recaído en 10 enfermos, y constantemente han llegado al siguiente resultado: la orina total de las veinticuatro horas que subsiguen al ataque, no tienen mayor volumen que la orina de las veinticuatro horas anteriores á la crisis, pero en todos los casos existe siempre una disminución considerable del *residuo fijo*; la cantidad de urea descende á una media de 13,27 gramos en vez de 20,78 gramos, cifra recogida en las orinas de los períodos inter-paroxísticos; el ácido fosfórico total de 2,50 gramos, bajó á 1,24. Por otra parte, comparados los ácidos fosfóricos terrosos y los fosfóricos alcalinos, la relación de los primeros con los segundos, que era en el estado normal como 1 : 3, después del ataque, la relación es como 1 : 1. Hay, por consecuencia, *inversión de la fórmula de los fosfatos*. En cuanto á los cloruros, tan pronto están aumentados como disminuídos.

Gilles de la Tourette y Cathelineau han encontrado siempre igual fórmula urinaria después de los ataques en forma de *epilepsia generalizada* ó *parcial*,

(1) Gilles de la Tourette et Cathelineau, la Nutrition dans l'hystérie. *Progrès médical*, 1890.

después de los ataques de corea rítmico, de *tos* ó de *bostezo*. En los ataques de *mal histérico*, *delirio* ó sueño, los resultados han sido idénticos; durante esas crisis prolongadas, acompañadas de adelgazamiento rápido, la *curva escretoria* está representada por una línea descendente, por una meseta y, en fin, por una línea ascendente que alcanza y aún excede á la normal.

El examen urológico de algunos casos de parálisis, de contractura y de temblor histérico, no han revelado ningún trastorno de la nutrición, de lo que se deduce que estos accidentes permanentes deben ser, como era de esperar, separados del grupo de los accidentes paroxísticos.

Esta fórmula urinaria, opuesta á la fórmula precisamente inversa sentada por Lepine y Mairet en sus trabajos acerca de la urología del acceso epiléptico generalizado ó parcial, determinando siempre un aumento de la urea y del ácido fosfórico, hubiera sido un precioso elemento de diagnóstico diferencial entre ambas especies de ataques. Pero, el valor diagnóstico de la fórmula urinaria propuesta por Gilles de la Tourette y Cathelineau, ha sido puesto en duda por J. Boisin, Féré, Royer y Poëls, que sostienen que la inversión de los fosfatos es muy rara en el histerismo, y que se encuentra en la epilepsia, unas veces consecutiva á los accesos, y otras durante los períodos intercalares. A estas críticas, Gilles de la Tourette y Cathelineau han respondido afirmando de nuevo que la inversión de la fórmula de los fosfatos es la regla en la crisis de histerismo y la excepción en la epilepsia, y que, por otra parte, no es la inversión de los fosfatos sola la característica, sino la fórmula urológica entera.

Fiebre histérica. — Afirmada por Briquet, Gagey y Briand, fue puesta en duda durante un poco tiempo, á consecuencia de las observaciones críticas y de las notas de Bouchut, Pinard y Ducastel. Actualmente, ya nadie duda de este accidente histérico. Debove, Barié y Deleuil han referido ejemplos auténticos é indiscutibles. Esta fiebre sólo se ha observado en las mujeres. Es continua, remitente y algunas veces intermitente. Después de una duración que varía desde algunos días á varios meses, desaparecen á menudo de una manera súbita. La hipertermia puede elevarse hasta 41° ó 42° y aun más. Si algunas veces va acompañada de cefalea, quebrantamiento, estado saburral de las vías gástricas, sudores, etc., estos fenómenos generales faltan la mayor parte de las veces ó no son proporcionados al grado de la fiebre. Casi siempre falta el adelgazamiento, y el estado general permanece bueno. En los hechos de este orden no se ha estudiado la excreción urinaria. Se presenta la fiebre histérica en la mayor parte de los casos, como síntoma aislado, pero puede asociarse á otros trastornos, á otras modificaciones locales ó generales, constituir síndromes febriles capaces de simular ciertas pirexias de causa orgánica. Rigal y Hanot han referido cada uno una observación de pseudo-fiebre tifoidea de origen histérico. (Véase *Société Médicale des Hôpitaux*, Abril 1893). La fiebre histérica simula también la tuberculosis pulmonar, la pulmonía, la peritonitis, la meningitis, la fiebre intermitente y el reumatismo articular agudo (1). Es imposible discutir, en este momento, el diagnóstico diferencial para cada uno de estos casos particulares. De una manera general, reconoceremos la fiebre his-

(1) Estèves, *Fièvre hystérique. Nouvelle Iconographie*, 1892.

térica en su irregularidad, en la discordancia del movimiento febril y de los trastornos generales ó en la falta de estos últimos, en la comprobación de antecedentes y de estigmas histéricos, y en la condiciones etiológicas en que aparece la fiebre. Excusado nos parece decir, que antes de sentar el diagnóstico de fiebre histérica, — accidente en verdad muy raro — debemos asegurarnos previamente, por un examen detenido, de que el movimiento febril no está determinado por alguna inflamación local oculta, como la perimetritis, vaginitis, angina, etc.

Accidentes tróficos y vaso-motores. — Es de fecha reciente el conocimiento de estos accidentes. Durante mucho tiempo se creyó que el histerismo no producía trastornos tróficos. La fisiología patológica de estos fenómenos es todavía muy oscura, pero su realidad es incontestable. Estos trastornos interesan la piel y sus dependencias, el sistema muscular, los tendones y aun el esqueleto (caso de Chauffard).

Entre los trastornos tróficos cutáneos, las erupciones eritematosas ó vesiculosas son las más frecuentes. Las vesículas están llenas de serosidad ó de sangre, algunas veces dejan, al romperse, úlceras ó escaras persistentes.

Veillon (1) ha relatado un caso de erupción vesículo-ulcerosa del antebrazo. Vulpian ha citado un caso de gangrena cutánea.

Franchesi ha descrito el *pénfigo histérico* (Tesis de París, 1883). Kaposi (2) ha publicado algunas observaciones de zona gangrenosa; Leloir Singer (3), varios casos de gangrena cutánea y Weir Mitchell (4), un caso de rupia.

Estas diversas erupciones, á excepción de las gangrenas cutáneas cuya naturaleza histérica es toda vía dudosa, pueden atribuirse, al parecer con toda certidumbre, á la neurosis histérica, ya porque se presentan bajo la influencia de una emoción moral, ya porque acompañan ó preceden de muy cerca á los ataques histéricos. Las *hemorragias* cutáneas son muy raras. Aparecen de ordinario por la influencia de una viva emoción, ya en forma de equimosis, ya en forma de sudores de sangre. Se han observado en las regiones más diversas, pero se localizan la mayor parte de las veces en el lado de la hemi-anestesia, en las extremidades ó en el tronco. Tan pronto surgen insidiosamente, como van precedidas por dolores localizados en los puntos en que han de aparecer. Chauffard, Lordat y más recientemente Gilles de la Tourette (5) han referido ejemplos auténticos. Se han citado casos de lágrimas sanguinolentas y de hemorragia mamaria (Parrot). Estos flujos de sangre pura ó de serosidad más ó menos teñida, pueden prolongarse durante varios días consecutivos.

Se han citado también en los histéricos trastornos vaso-motores fugaces, intermitentes, como el *dermo-graftismo* que Féré y Lamy, Barthelemy (6) y Dujardin-Beaumetz han estudiado recientemente.

La anemia cutánea, la *asfixia local y simétrica* de las extremidades se obser-

(1) Veillon, *Nouvelle Iconographie*, 1892.

(2) Kaposi, *Centralbl. für Klin. Méd.*, 1890.

(3) Singer, *Club. med. de Vienne*, Enero 1893.

(4) Weir Mitchell, *American Journal of Medical Sciences*, Marzo 1893.

(5) Gilles de la Tourette, *Considérations sur les ecchymoses spontanées des hystériques. Nouvelle Iconographie*, 1890.

(6) Barthelemy, *Prog. Méd.*, 1893.

van á menudo en los histéricos (véase Waton, *L'Hystérie vaso-motrice*, thèse de Montpellier, 1892).

El edema histérico fue señalado por Sydenham que indicó los caracteres distintivos en los siguientes términos: «La hinchazón de los histéricos es mayor por la mañana que por la tarde y cuando se le oprime con el dedo, no deja marca alguna. Lo más á menudo también es que sólo invada una pierna. Por lo demás, se parece de tal manera al de los *hidrópicos*, que cuesta trabajo el convencerse que no lo son». Es el *edema blanco* de los histéricos. Damaschino, Weir Mitchel, han publicado ejemplos.

Charcot ha descrito recientemente otro tipo de edema histérico: el *edema azul* (1).

Esta variedad tiene bastante interés, desde el punto de vista práctico, porque es á veces motivo de funestos errores de diagnóstico. Este edema ha sido confundido con un flemón. Se localiza á veces en una extremidad ó en un segmento de ella atacado de parálisis, de contractura ó sencillamente anestésica, pero se presenta también como accidente aislado. Sólo se le encuentra en los grandes histéricos. La región en que se localiza, adquiere á veces el doble ó triple de su volumen. Es un edema agudo, cianósico, azulado y que conserva mal la impresión del dedo.

Va acompañado, bien de descenso, bien de elevación de la temperatura local. Es, por lo general, indolente, pero este carácter no es siempre constante. En algunos casos, el enfermo se queja de hormigueo y de dolores sordos y punzantes.

Estos edemas histéricos se desarrollan, atenuan ó desaparecen rápidamente en algunas horas, á consecuencia de un ataque, bajo la influencia de una emoción, ó bien sin causa aparente.

Podemos atribuir á estos trastornos vaso-motores la tumefacción dolorosa de la mama ó *mama histérica*. Este accidente evoluciona de ordinario de la manera siguiente: Rápidamente, en algunas horas, la tumefacción de las dos mamas ó de una de ellas se completa, va acompañada de picores y de tracciones dolorosas. La piel ha conservado su coloración normal, ó bien está roja, tensa y reluciente. El pezón está turgente. Esta tumefacción es de consistencia dura y no conserva la impresión del dedo. La sensibilidad de la región es extremada, el menor roce determina dolores en apariencia insoportables. A veces hay ligera secreción de la glándula. Este infarto sólo dura pocos días y se resuelve progresivamente. Hechos de este orden han podido hacer creer en infartos lácteos ó menstruales, en un absceso de la mama ó en un neuroma irritable. En algunos casos, la mama sufre una hiperestesia simple, pero muy viva, sin tumefacción concomitante.

Se desarrollan á veces *retracciones fibro tendinosas* en las extremidades, que quedan después, durante largo tiempo, en estado de contracturas histéricas (Charcot). Curada la contractura, estas retracciones conservarán la extremidad en actitudes viciosas. En semejante caso, es indispensable asegurarnos, por medio del cloroformo, de que la desviación de la extremidad es el resultado de retracciones tendinosas ó peri-articulares y no de la contractura. Únicamente

(1) Charcot, Leç. du mardi. — Gilles de la Tourette y Dutil, Nouvelle Iconographie, 1880.

después que ésta ha desaparecido por completo, es permitido obrar quirúrgicamente, practicando la sección de los tendones retraídos, y rompiendo las adherencias fibrosas, porque si persiste todavía cierto grado de contractura, hay riesgo, con la intervención prematura, de reforzar la contractura que estaba en vías de resolución.

Charcot y Babinsky han señalado y descrito, en 1886, la *atrofia muscular de origen histérico*. Chauffad, Ballet, Brissaud, Debove, Raymond, Gilles de la Tourette y Dutil, etc., han publicado observaciones demostrativas, referentes á esta variedad de amiotrofías.

Esta distrofia se localiza habitualmente en una extremidad ó en un segmento de ella, atacado ya de contractura ó de parálisis histérica. Se instala rápidamente, reduciendo en algunas horas á la mitad y aun al tercio de su volumen normal los grupos musculares que alcanza, después de lo cual queda estacionaria, antes de evolucionar hacia la reparación. En general, presenta todos los caracteres de la atrofia simple. La excitabilidad idio-muscular es normal. La contractilidad eléctrica está disminuída, proporcionalmente al grado de la atrofia, y la reacción de degeneración falta. Se han señalado algunos casos de amiotrofia histérica, acompañadas de reacción de degeneración; pero creemos que para ser admitida sin reserva, esta particularidad debe confirmarse con nuevos hechos.

Locura histérica. — Podemos observar en los histéricos, estados de delirio que, por su duración y su aspecto, tienen bastante parecido á los delirios transitorios de los degenerados, al absceso de manía, al delirio hipocondríaco ó á la confusión mental. En los hechos de este orden, si bien es verdad que ha podido demostrarse algunas veces la naturaleza histérica del trastorno mental, hay que confesar que, en la mayor parte de los casos, el diagnóstico queda forzosamente indeciso, á falta de un carácter distintivo bien acusado. Nos es imposible exponer en este momento la cuestión, todavía muy oscura, de las relaciones de la locura y del histerismo. Recientemente, en el Congreso de Neuropatología de Clermont-Ferrant, ha sido objeto, con motivo de un informe presentado por Ballet, de una discusión (véanse las actas del Congreso) cuyas conclusiones son poco explícitas.

Naturaleza y definición del histerismo. — El histerismo es, en primer lugar, una enfermedad mental. Hasta el día en que se conozcan bien las modificaciones íntimas de los elementos celulares de los centros nerviosos, que constituyen el *substratum* anatómico de las manifestaciones del histerismo, deben abandonarse por completo todas las definiciones puramente físicas de esta neurosis. Asimismo, los autores que han intentado en estos últimos años dar una nueva definición, han tratado, con razón, de agrupar sus síntomas alrededor de un fenómeno moral.

Mœbius y Strumpell consideran como histéricas, todas las modificaciones morbosas del cuerpo, que están producidas por representaciones mentales (*durch Vorstellungen*), y definen esta neurosis «un conjunto de enfermedades por representación». Esta concepción sólo puede aplicarse á ciertos accidentes histéricos, y no á todos. Oppenheim, Jolly y Pierre Janet, han hecho notar, que un gran número de síndromes histéricos no parecen depender de una representación mental; los ataques, sonambulismos y delirios, están compuestos

por toda una larga serie de sensaciones y de pensamientos muy variados, que evidentemente no habían sido nunca previstos por el enfermo. Otros autores han insistido acerca del desdoblamiento de la personalidad, los fenómenos de desagregación mental, ó sobre el juego de las ideas subconscientes, etc. Creemos que puede decirse con P. Janet : el histerismo es una psicosis, «pertenece al grupo de las enfermedades mentales por insuficiencia cerebral; está sobre todo caracterizada por los síntomas morales, siendo el principal una debilitación de la facultad de síntesis psicológica». Resulta en el histerismo, que cierto número de fenómenos elementales, sensaciones é imágenes, cesan de ser percibidos y parecen suprimidos de la percepción personal, y de aquí una tendencia á la división permanente y completa de la personalidad á la formación de varios grupos independientes unos de otros. Este estado favorece la formación de ciertas ideas parásitas, que se desarrollan aisladamente, sin que se aperciba y las contraste la conciencia personal, y que se manifiestan por los trastornos más variados y de apariencia física. No hay que olvidar, sin embargo, los numerosos fenómenos orgánicos que se comprueban en los histéricos, los trastornos de la nutrición general, los tróficos y vaso-motores; estos síntomas se asocian con toda evidencia también á las perturbaciones psíquicas que dominan el estado morbozo; pero ignoramos todavía el lazo, el mecanismo fisiológico que une entre sí á ambos órdenes de fenómenos.

TRATAMIENTO — El tratamiento del histerismo comprende un *tratamiento general*, que se aplica indistintamente á todas las manifestaciones de la neurosis, y un *tratamiento especial* que saca sus indicaciones de la naturaleza de cada caso particular (1).

Tratamiento general. — En toda enfermedad, el tratamiento general tiene por objeto hacer desaparecer ó modificar la causa que preside á la explosión de los accidentes. El histerismo no se libra de esta regla, y si recordamos que «el gran simulador» es considerado actualmente como una enfermedad de orden psíquico, afirmaremos, por esto mismo, el carácter absolutamente psíquico del tratamiento que conviene aplicarle (2).

Ya hemos visto en el estudio precedente, la enumeración de las causas que pueden reivindicar un puesto entre los agentes provocadores del histerismo. Sabemos que una impresión viva, un choque moral, un traumatismo físico que no hubieran tenido consecuencias serias para un sujeto bien equilibrado, pueden adquirir en el histérico una importancia considerable. El histérico no sabe colocar las cosas en su lugar. Algunos hechos se le escapan, en tanto que otros adquieren para él un carácter de obsesión, siendo el punto de partida de verdaderas «ideas fijas». Tan pronto la idea fija, idea consciente, se impone tenaz é imperiosa al ánimo débil del sujeto que no puede librarse de ella, como no percibe la idea y queda ésta fuera del campo consciente, en la penumbra de la inteligencia. Colocada fuera de la percepción, escapando á la voluntad, produce asociaciones cuyo mecanismo íntimo se nos escapa y cuya resultante es una manifestación histérica. En resumen, es una «idea» consciente ó subconsciente la que preside á los accidentes.

(1) Este párrafo, en razón á causas de fuerza mayor, no ha podido ser redactado por el Dr. Dutil (E. Brissaud).

(2) Véase Babinski, *Hypnotisme et Hygiène*, *Gaz. heb.*, 1891.

Encontrar esta idea, primero, destruirla ó modificarla, después, he aquí los dos actos que exige el tratamiento psíquico de los accidentes histéricos.

a) Investigación de la idea que ha presidido los accidentes.

En ciertos casos es bastante fácil encontrar la idea. Si el sujeto tiene conciencia de su obsesión, si se trata de uno de estos casos frecuentes, en que una emoción trivial, un terror por ejemplo, han marcado el principio de los accidentes, si el médico ha podido inspirar confianza, el papel es fácil de llenar. El enfermo ha quedado bajo una impresión desagradable, aterradora; no puede desechar de su ánimo el recuerdo de la escena penosa en que se encontró; de cuando en cuando, estos recuerdos adquieren una intensidad extrema y una manifestación histérica aparece bruscamente. A menudo el enfermo recuerda por sus aptitudes, sus gestos ó sus gritos, las causas que fueron origen del accidente.

Pero, con frecuencia, la solución del problema es mucho más delicada. Las asociaciones de ideas quedan en el estado subconsciente; el enfermo ignora siempre la idea generadora de los accidentes y el interrogatorio nada revela en las condiciones normales. Algunas veces, los hechos que hirieron la imaginación se han olvidado, han entrado en el campo de los fenómenos subconscientes. A veces también la timidez, el respeto humano ó cualquiera otra causa impiden al sujeto revelar su secreto.

Entonces, se puede hacer intervenir, como procedimiento terapéutico, el sueño hipnótico. Bajo su influencia, el enfermo extiende su campo de conciencia y se apercibe de impresiones de ideas que en el estado de vigilia se habían clasificado sin solicitar su atención; encuentra el recuerdo de hechos olvidados y los refiere, si á ello se le invita. Por último, el hipnotizador puede imponer su voluntad al sujeto y reclamar imperiosamente el relato de hechos que le han sido ocultados.

No hay que creer, sin embargo, que la hipnosis sea un procedimiento infalible y que baste para engendrar el estado particular por el que se obtiene de un paciente las confesiones que necesite su tratamiento. Los fracasos no son raros y los éxitos no se obtienen, á menudo, sino á cambio de esfuerzos repetidos.

Cuando la «idea» no se ha encontrado, no hay, sin embargo, que abandonar el tratamiento psíquico, y se puede todavía obrar sobre el ánimo del enfermo, ya en el estado hipnótico, ya en el de vigilia. Mucho tiempo, mucha paciencia, un estudio atento del carácter del sujeto, del lado débil de su inteligencia, todo debe ponerse en ejecución para conocer bien al enfermo. Sólo en estas condiciones, podemos hacer algo útil con la psicoterapia y obtener serios resultados.

b) Modificaciones ó destrucción de la idea. — Admitamos ahora que se posea la génesis de las asociaciones cerebrales que han provocado el accidente histérico, encontrada la idea, pueden emplearse los dos procedimientos ya indicados y obrar en el estado de vigilia ó en el sueño hipnótico.

En el estado de vigilia, las indicaciones que acabamos de formular todavía tienen su aplicación. Es necesario inspirar confianza al sujeto, demostrarle la influencia desastrosa que los accidentes tienen sobre su existencia, y despertar en él el imperioso deseo de curar. Después, nos esforzaremos en atenuar