III

La presente observación, que hemos publicado in extenso anteriormente (1), nos servirá para diferenciar con claridad la obsesión característica del psicasténico, de las fobias é ideas fijas accidentales en los neurasténicos; señalaremos, en su cuadro clínico y en su evolución, las diferencias fundamentales. Hay, en verdad, casos en que el diagnóstico diferencial entre ambas enfermedades es harto difícil; la neurastenia puede ser una etapa previa de la psicastenia, como ésta puede serlo de un delirio sistematizado. Janet llega hasta sentenciar claramente: «no estoy convencido de que en esos casos sea muy importante afanarse por hacer el diagnóstico diferencial». Pero, felizmente, nuestra observación es sencilla y demostrativa.

He aquí, á grandes rasgos, su historia clínica.

X. X., diecinueve años, argentino, soltero, estudiante por temporadas.

Abuela materna histérica. Un tío abuelo paterno es alcoholista y delincuente. Su padre es sumamente nervioso y tiene un hermano neurasténico. Su madre es de carácter muy variable, con estado mental propio de la histeria, pero sin manifestaciones de accesos, ni otros fenómenos motores, sensoriales, tróficos ó funcionales bien marcados. Dos hermanos del en-

(1) Véase *Revue de Psychologie*, Paris, Mayo de 1901, pág. 143 y siguientes; *Presá Médicala Romana*, Bukarest, Julio 1901; *Revue d'andrologie*, Paris, Septiembre 1901; y *Semana Médica*, de Buenos Aires.

fermo fallecieron en la primera infancia: el uno por meningitis y el otro por viruela. Los otros seis hermanos gozan de buena salud, menos una que es «un poco nerviosa».

X. X. ha tenido en su infancia sarampión y angina catarral aguda. Era de constitución robusta, muy estudioso, inteligente, y de buen carácter. De los trece á los catorce años entró á la pubertad. Este cambio acompañóse de profundas alteraciones funcionales de todo su organismo, sufriendo una modificación radical de su personalidad psíquica. Su carácter, bueno y jovial, trocóse en triste y agrio; su inteligencia sufrió una profunda desintegración; disminuyeron su atención y su memoria; la pereza substituyó á la primitiva laboriosidad, confinando casi con la abulia.

Alejado de la escuela y de los libros, encontró los inevitables amigos que le señalaron la ruta del placer. A los diez y seis años estaba entregado de lleno á la masturbación y los abusos sexuales. El alcohol se les agregó bien pronto, complicando el doloroso derrumbamiento de su persona moral.

Poco tiempo después comenzaron á manifestarse síntomas espinales de neurastenia, entre los cuales el más agotador consistió en poluciones nocturnas frecuentísimas; refiere el enfermo que, en ciertas épocas, su pene no volvía á la flacidez completa después del coito ó de la masturbación, permaneciendo en una semierección reveladora del estado irritativo medular.

A los diecisiete años y medio contrajo una blenorragia, complicada con orquitis. Creyó

que se trataba de sífilis; consultó á varios especialistas, pero, apesar de ellos, continuó creyendo que su blenorragia era sífilis, muy grave sin duda, pues los médicos la ocultaban.

Esa idea, sembrada en un organismo cuyo sistema nervioso, saturado por la herencia neuropática, estaba irritado y exhausto por los abusos de la masturbación y la bebida, fué fatal. Su psique, precedentemente sacudida con violencia por la crisis de la pubertad (una verdadera «psicosis de la pubertad») convirtió la idea de la sífilis en centro de toda su preocupación. Compró y leyó diversos librejos destinados á vulgarizar los peligros de la sífilis; sus figuras le produjeron, naturalmente, efecto terrorífico.

A principios de Diciembre, de 1900, fuimos consultados por los padres de este enfermo.

Organismo en pésimo estado de nutrición. Insomnio. Depresión mental intensa. Atención imposible. Memoria disminuida. Abulia. Afectuosidad disminuida. Fenómenos oníricos frecuentísimos, á base de imágenes sexuales. La *sifilofobia* descuella en el cuadro psíquico.

El exámen antropológico descubre numerosos caracteres degenerativos.

El exámen sómatico y funcional revela normalidad en los aparatos circulatorio y respiratorio. Alteraciones del aparato digestivo, propias de una dispepsia con hiperacidez.

Su sistema nervioso está en pésimo estado. Dolores de cabeza (como si la tuviera en una jaula de metal), espinazo, piernas y escápulas; hiperalgesia lumboabdominal del lado izquierdo. Hipokinesia general.

Sensibilidad: al tacto, al parecer normal, más bien hiperestesia; al dolor, hay zonas de hiperalgesia cutánea; térmica, normal.

Reflejos: defensivos, disminuidos; tendinosos, aumentados; disminuidos el cremastérico y el epigástrico.

En su estado mental constatamos la idea fija de la infección sifilítica y el temor fóbico de sus consecuencias próximas y remotas; este temor determinaba un estado de exaltación del tonus emotivo, y constituía para el enfermo una preocupación continua é inevitable. Además, vive constantemente alarmado por el estado de su salud general, que juzga excesivamente grave.

Al poco tiempo de asistir á este joven fuimos llamados con urgencia. Encontramos al enfermo en cama, bañado en sangre. Haciendo uso de una navaja de afeitar, había intentado castrarse, con el propósito de suprimir cualquier deseo sexual que pudiera exponerlo á los peligros de la masturbación ó de las enfermedades venéreas. Con la mano izquierda tomó el escroto; con la mano derecha,—cortando de izquierda á derecha, de arriba hacia abajo y de atrás á delante,—se produjo exactamente una hemisección de la bolsa. Le sobrevino un destallecimiento, obligándole á suspender la operación.

El mismo enfermo había procurado detener la hemorragia, comprimiendo la bolsa más arriba de la herida. Los elementos constituyentes del cordón espermático izquierdo estaban seccionados: conducto deferente, arterias, venas y linfáticos; así también los filetes ner-

viosos del plexo deferente, aunque se habían salvado algunos filetes del plexo espermático.

Practicamos las ligaduras de las arterias espermática y deferente del lado izquierdo, extrajimos el testículo de ese lado, resecamos los restos de la envoltura de ese testículo, que había quedado adherido á la bolsa, y suturamos la herida con los procedimientos ordinarios. Curó por primera intención.

Después de ese trágico episodio el estado neuropático general del enfermo continuó mejorando, aunque lentamente. Un año más tarde no conservaba rastros de su neurastenia cerebral ni de su idea relativa á la sífilis.

Entre este caso y el anterior pueden señalarse algunas semejanzas y no pocas diferencias.

La evolución de la enfermedad es diversa. El psicasténico siempre ha sido víctima de accidentes y episodios psicopáticos; ha tenido diversas fobias, obsesiones, estados ansiosos, hasta que su actual obsesión del «trabajo mental idiotizante» se constituyó como exponente esencial, definitivo y duradero de su enfermedad. En el otro vemos evolucionar progresivamente un estado neurasténico sobre fondo degenerativo, pero faltan los accidentes diversos debidos al descenso y desequilibrio de la tensión psicológica: su idea fija neurasténica evoluciona aislada y progresivamente sobre el cuadro clínico de la neurastenia. En el primero, los accidentes mentales dominan el cuadro

clínico; en el segundo, los síntomas somáticos y funcionales de la neurastenia.

En la obsesión del psicasténico preside al cuadro psicológico un síntoma, justamente reputado cardinal: la conciencia de que es falsa la idea obsesiva, ó, por lo menos, una duda ansiosa á su respecto. El enfermo critica su creencia en la idea obsesiva; sus accesos emotivos nacen de la oscilación entre la creencia y la crítica, del predominio de un fenómeno sobre otro. En cambio el neurasténico no aprecia su idea fija de la infección sifilítica como una idea parásita ó falsa, automática ó discordante con el curso lógico de sus procesos mentales; su inteligencia no oscila en torno de la idea fija, limitándose á aferrarse á ella. En un caso hay duda; en el otro hay simple preocupación.

En el obseso el estado emocional y las crisis ansiosas aparecen tras la presentación súbita de la idea obsesiva, mediante la asociación de ideas; en el neurasténico la idea fija es objeto de rumiación continua, sin las crisis accidentales que perturban la emotividad del obseso. Este toma un libro ó un diario y sufre su episodio angustioso, pues por asociación se ve forzado á evocar la obsesión del trabajo mental idiotizante; el sifilófobo vive preocupado continuamente y las exacerbaciones de sus accidentes mentales no obedecen á asociación de ideas ó representaciones momentáneas, sinó á la agravación de su estado orgánico general de neurasténico.

No encontramos en el sifilófobo el sentimiento de incompletud que caracteriza al otro; falta

el estado constante de duda, el choque angustioso entre la creencia y la crítica de la idea obsesiva, que domina en el psicasténico. Más aún: en el sifilófobo la idea fija lleva hasta consumar un acto grave é importante, lo que implica, evidentemente, una «completud» en la conducta y una capacidad para la acción.

El neurasténico se preocupa sin cesar de su estado general de salud, piensa en las proyecciones próximas ó remotas de la presunta enfermedad que constituye el contenido de su idea fija; siéntese en decadencia general y todo lo atribuye al temido morbo gálico. Nuestro psicasténico no se preocupa para nada de su estado general, ignora sus órganos y sus funciones; solamente el cerebro, objeto de su idea obsesiva, le aflije, sin que la preocupación por sí mismo y por su propia salud exceda en lo más mínimo los límites del contenido de la obsesión.

Mientras en el neurasténico la personalidad se mantiene íntegra, no obstante el sentimiento de la propia decadencia, en el psicasténico vemos esbozarse un proceso de disociación ó desagregación de la personalidad, fundado en la duda y en la oscilación de su mentalidad, estrujada por la creencia y la crítica. Por eso vemos al psicasténico luchando contra su propia obsesión, estudiándola para detenerla, intentando librarse de ella por considerarla mórbida; en la idea fija del neurasténico esa lucha no existe, el enfermo se deja arrastrar por la inquietud de su estado, se aflije por ello, sin creer que esa idea pueda ser falsa ó repudiable.

Por fin, la evolución de la enfermedad bajo el tratamiento confirma el diagnóstico de neurastenia en nuestro sifilófobo. Se instituyó un régimen general apropiado, á base de reposo y sobrealimentación; á medida que mejoró la astenia fisiológica se disipó la idea fija neurasténica. En cambio la obsesión del psicasténico permanece menos vinculada al estado general; su aumento se produce por procesos psíquicos asociativos ó representativos. La sifilofobia aumenta cuando el enfermo no duerme ó no defeca; la obsesión del trabajo mental idiotizante se exagera cuando el enfermo ve muchos libros, librerías, tinteros, ó se le plantean numerosas ocasiones de trabajo mental.

En suma, vemos que se trata de dos fenómenos diversos, caracterizados por síntomas definidos y generalmente diferenciables, descollando entre todos el estado dubitativo de la conciencia acerca de la realidad del contenido de la obsesión psicasténica, hecho que no se encuentra en la idea fija del neurasténico sifilófobo; á su lado deben colocarse todos los elementos sintéticos de juicio: la evolución y el sindroma de la psicastenia, perfectamente diferenciables de la evolución y el sindroma de la neurastenia.

Por fin, no se olvidará que si la neurastenia puede convertirse en psicastenia, lo mismo que la idea fija en obsesión, clara se está la posibilidad de observar en la clínica las formas de transición entre ambas, sin la pretensión de hacer un diagnóstico diferencial definitivo, siempre expuesto á pecar de esquemático ó prematuro.