la nariz parece aislada de todo el resto de la mentalidad consciente: no es criticable ó modificable por las demostraciones de los sentidos ni por la lógica de las ideas.

Basta, por otra parte, examinar el orígen y evolución de ambos fenómenos mórbidos, para comprobar una profunda diferencia. En el psicasténico, desde que aparece la idea obsesiva del «trabajo mental idiozante», se determina un proceso de *rumiación psicológica* en torno de esa idea, que es discutida, controlada, y se instala con un proceso activo. En cambio, la idea fija histérica *se impone repentinamente*, sin discusión, y es pasivamente aceptada con todas sus consecuencias. La idea obsesiva nace, vive y lucha dentro de la lógica del individuo; la idea fija histérica se instala fuera de su lógica, como un cuerpo extraño.

Un carácter importante es el estado psicológico general del enfermo. En el psicasténico es característico el descenso de la tensión psicológica: toda la mentalidad está perjudicada. En cambio la idea fija del histérico suele constituir toda su anomalía psicológica. Fuera de la idea obsesiva del «trabajo mental idiotizante», nuestro primer enfermo tiene complejas insuficiencias mentales; en cambio la histérica reduce todos sus trastornos psíquicos á las ideas fijas de dismorfofobia: deformación primitiva de la nariz, extendida luego á los párpados.

En el carácter de nuestra histérica encontramos otros importantes datos diferenciales: su propósito de interesar, sus mentiras y sumilaciones conscientes ó subsconscientes, tan

características de estos enfermos (1), etc.

La diversa sugestibilidad normal é hipnótica de ambos sujetos es utilísima para el diagnóstico; mientras nuestro psicasténico no fué hipnotizable, la histérica lo fué en alto grado, á punto de curar de su idea fija en pocas sesiones, como veremos al comentar los tratamientos indicados en estos casos.

Y si esos dato clínico-psicológicos no bastaran para hacer el diagnóstico diferencial, la histeria nos ofrece el cuadro de sus estigmas somáticos, que disiparían las últimas dudas, cuando algunas pudiera dejar el análisis genético y evolutivo de los síntomas psicológicos. Mientras el examen del sistema nervioso de nuestro psicasténico es pobre, la histérica revela astenia marcada, hemihipoestesia derecha, anestesia faríngea completa, hiperestesia ovárica, estrechamiento del campo visual, etc.

La enunciación de estos caracteres nos sirve, de paso, para diferenciar la idea fija en el neurasténico y en el histérico, sin necesidad de insistir especialmente sobre ello.

V

Para completar estas notas de psicología clínica no serán superfluas algunas palabras acerca del tratamiento y pronóstico correspondientes á cada una de las perturbaciones psicológicas que acabamos de analizar.

En la obsesión psicasténica el pronóstico es

(1) Ingegnieros—«Simulación de la Locura», Introducción, pág. 103 y sig.

decididamente grave. La tendencia á la cronicidad es una de las características de ciertas obsesiones; en otros casos puede haber transformación de la psicastenia en delirio franco, sirviendo la idea obsesiva como núcleo del sistema delirante. Por fin, en el menos malo de los casos, la idea obsesiva puede desaparecer; pero queda el fondo mórbido del psicasténico, siempre dispuesto á germinar nuevos y temibles accidentes mentales.

El tratamiento se desprende del concepto nosológico de la psicastenia: si hay «descenso de la tensión psicológica» la terapéutica debe dirigirse á tonificar y normalizar esa tensión.

El tratamiento será moral, psíquico y general al mismo tiempo. Cambio de ambiente, reposo psíquico y régimen general apropiado; el cambio de ambiente podrá implicar el aislamiento, si menester fuera.

A nuestro enfermo planteamos esta disyuntiva: asilarse en el Instituto Frenopático ó retirarse al campo. Optó por lo segundo, respetando un régimen general apropiado. No intentamos la sugestión en vigilia, ni hipnótica, por tratarse de un enfermo que tenía varias lecturas sobre ese tema y sabía que, en definitiva, no hay sugestión del hipnotizador sobre el hipnotizado sin autosugestión consensual de este último; es claro que en una obsesión psicasténica no podía pensarse en hacer terapéutica sugestiva desde que el enfermo le desconocía toda eficacia.

Ante una idea fija de origen neurasténico puede, por lo general, hacerse un pronóstico benigno si el enfermo es rico; el mayor obstáculo á la curación de la neurastenia es *la pobreza*. De 100 neurasténicos ricos pueden curar 90; de 100 pobres solo pueden curar 10.

En nuestro enfermo sifilófobo indicamos el siguiente tratamiento:

1.º Contra la etiología (masturbación): vigilancia especial y normalización de las funciones heterosexuales.

2.º Contra la sifilofobia: sugestión verbal en vigilia.

3.º Contra el estado neuropático general: higiene terapéutica (reposo físico y psiquíco, aeroterapia, hidroterapia, aislamiento), sobrealimentación y tónicos reconstituyentes generales y del sistema nervioso (cacodilato, glicerofosfato, fierro).

4.º Tratamiento sintomático contra los trastornos dispépticos, el insomnio, etc.

Instituido el tratamiento el enfermo pareció mejorar rápidamente, aumentando tres kilos y medio de peso en 30 días. Intercurrió la tentativa de autocastración; pero después de ese episodio el estado general del enfermo siguió mejorando. Un año más tarde—como ya dijimos—conservaba rastros de su neurastenia cerebral ni de su idea obsesiva.

El pronóstico de la idea fija histérica está subordinado á la competencia de los médicos que le asisten en su primer período de formación; si el tratamiento se encamina bien, el pronóstico es benigno, pero tórnase grave cuando ya han fracasado las primeras tentativas terapéuticas. Una idea fija, recién constituida en un cerebro histérico, es fácilmente desalojable por la sugestión, sea en vigilia ó hipnótica.

Pero si se deja pasar algún tiempo, buscándole remedio en el bromuro ó en otras drogas, la idea fija se organiza, se arraiga en la mentalidad de la enferma, se convierte en sistema inespugnable. No se crea que el único inconveniente de la terapéutica inexperta consiste en dejar transcurrir el tiempo, permitiendo la organización definitiva de la idea fija; se forma en la histérica esta idea secundaria: la inutilidad de todo tratamiento.

A nuestra enferma ya se la había querido hipnotizar sin resultado; por eso, cuando quisimos hipnotizarla, se limitó á manifestarnos su desconfianza para ese procedimiento.

Sin embargo, con paciencia, conseguimos dormirla, obteniendo un sueño profundo; en ese estado le practicamos una *masoterapia sugestiva*, diciéndole que al despertar encontraría su nariz muy reducida y bien arreglada. Fueron necesarias 5 ó 6 sesiones para obtener un resultado completo.

En el período inicial basta la *sugestión en vigilia*, sin hipnotización. El doctor Lucio Aravena, jefe del servicio de electroterapia en la clínica neuropatológica, observó un caso idéntico al nuestro, curándolo en pocos días mediante la sugestión en vigilia, acompañándola con una pomada anodina.

En los accidentes histéricos nunca se olvidará el peligro de la recidiva, ni se descuidará el tratamiento del estado general de la enferma para inhibir la neurosis. Pero el accidente mismo debe siempre tratarse por la sugestión, sea hipnótica ó en vigilia; como dice Babinsky (1) en su definición de la histeria: una de las características de los trastornos primitivos de esta neurosis es la posibilidad de reproducirlos por sugestión y de hacerlos desaparecer bajo la influencia exclusiva de la persuasión.

En suma, la obsesión psicasténica exige como primera norma el aislamiento ó la secuestración; la idea fija neurasténica reclama en primer término una prudente higiene terapéutica; la idea fija histérica exige la sugestión, en vigilia ó hipnótica. Sin olvidar que la higiene terapéutica conviene á todos, según enseña la vulgar sentencia: *mens sana in etc.*

---

(1)—«Definition de l'hysterie», Compte-rendus de la Soc. de Neur., Noviembre, 1900, Paris.