cho y no sufrió ideas obsesivas ni manías. Solamente recuerda que al ingresar á la Facultad trabó relación con un compañero de estudios, excelente sujeto, al parecer; «pero yo sentí que su amistad me dominaría, y él podría llegar á convertirme en un autómata á su servicio; aunque el hecho no se produjo, y no obstante reconocer yo mismo lo infundado de tales apreciaciones, rehuí su amistad, llegando hasta no concurrir durante seis semanas á la Facultad para evitar su dominación».

Fuera de estos antecedentes característicos, verdaderos *episodios* germinados sobre su fondo neuropático hereditario, dice que, exceptuados los dos años anteriores á su actual obsesión, fué constantemente muy emotivo, viviendo en continua inquietud y desconfianza de sus propias aptitudes, con treguas y exacerbaciones frecuentes y (para él) injustificadas.

Entre sus antecedentes psicológicos generales, refiere éste: En los últimos años exageróse su afición por la lectura. «Me dió por leer y fuí excesivo en ello, como en todas mis manías.» Ha leído sin orden y sin orientación mental determinada; alternaba un libro de química con uno de historia sagrada, una novela con un código, un poema con una tabla de logaritmos. «Leía por leer; así no incomodaba á nadie, ni nadie me incomodaba á mí.»

Creyendo posible que el hábito de leer fuese consecutivo al temor de salir á la calle y encontrar *jettatores,* le interrogamos en ese sentido; no se atrevió á negar que esa fuera la causa de su manía de leer, aunque tampoco pudo afirmar que lo fuese; de

ser así, la reclusión habría sido una medida defensiva, casi subconsciente; no recuerda, en realidad, haber deliberado en tal sentido.

Entre su fárrago de lecturas incluyó, al acaso, algunos volúmenes de Medicina y el libro *Los Estados Neurasténicos,* de De Fleury; en este libro leyó algunos párrafos sobre la neurastenia del cerebro, resultante de la fatiga intelectual. Ello bastó para precipitar, por el despeñadero de su actual obsesión, su cerebro predispuesto y claudicante.

Le asaltó la duda de tener ya, ó poder sufrir en breve, una neurastenia cerebral. Observó que sus muchas lecturas no le conducían á ideas generales bien definidas; por momentos se creía ateo y materialista, para caer en absurdos misticismos al día siguiente. Entusiasta de las letras hoy, desdeñábalas mañana, ya fuese por considerarlas como una forma demasiado inferior del pensamiento, ó bien por sentirse privado de la aptitud para sentir emociones estéticas. «Primero me parecen frivolidades y luego me siento incapaz de comprenderlas.» Sus conocimientos de estudiante le parecieron nulos. En vano había leído innumerables libros: su ignorancia no la concebía más crasa, ni su falsa cultura podía ser más despreciable. Sobre la base de esas ideas constituyóse su obsesión actual.

Su lógica mórbida evolucionó según el proceso siguiente:

Pues leía sin aprender, reconociéndose incapaz de inteligir ideas un poco elevadas y formarse conceptos generales bien definidos, consideró evidente que su cerebro estaba enfermo y se encaminaba hacia la

temida neurastenia cerebral; por ese rumbo, á no impedirse la acción de la causa mórbida, llegaría indefectiblemente á la imbecilidad.

La inminencia de semejante catástrofe le sugirió el remedio heroico: suprimir todo trabajo intelectual. Evitar la lectura, la escritura y el trabajo mismo de pensar, parecióle desde ese momento la necesidad más inmediata, procurando ponerla en práctica con todo cuidado. Pero al día siguiente, al tomar un diario para informarse de las noticias de actualidad, un nuevo fenómeno se produjo: al comenzar la lectura recordó que el leer era una causa de imbecilidad y debía esquivarla. Parecióle ridícula esa idea exagerada, resolviendo leer; pero de nuevo surgió la idea del «trabajo mental idiotizante» y un estado emotivo intenso hizo presa en su espíritu, determinando una crisis de duda ansiosa que concluyó por impedirle toda lectura.

Esta idea obsesiva reapareció cuantas veces el sujeto intentó leer, escribir ó pensar sobre cualquier cuestión que requiriese algún trabajo psíquico, constituyéndose definitivamente su obsesión del trabajo mental idiotizante.

Con esta curiosa historia á cuestas, púsose el enfermo bajo nuestra observación y asistencia.

En su idea obsesiva, organizada ya en sistema perfecto, constatamos los siguientes caracteres dignos de señalarse: es permanente, desde su aparición no ha habido interminencias, no tiende á declinar, el enfermo no puede inhibirla oponiendo á su desarrollo otras ideas lógicas.

La idea obsesiva es evocada por todo género de

asociaciones de ideas; si el enfermo ve un libro, un diario ó un tintero, impónesele la idea del «trabajo mental idiotizante», ocurriendo lo mismo si se le plantea cualquier cuestión en el diálogo corriente. La vista de un niño le evoca la de un vendedor de diarios y éste su idea obsesiva; una imprenta, un trozo de papel, una librería, un escritorio, pueden hacerle recordar su «trabajo mental idiotizante». Esta facilidad de asociación para evocar la idea obsesiva es causa de su mayor tristeza.

Si va de paseo, mil cosas tienen poder evocador. Para permanecer en su casa ha debido desterrar todo libro y útil de escritorio. La aparición de la idea se acompaña del temor de incurrir en el trabajo mental; la asociación de ideas es anterior al estado emotivo; la inseguridad de resistir al deseo de leer produce el estado de duda, que suele ser fundamental en las obsesiones de los psicasténicos.

No encontramos en este caso tendencia á la acción; pero el motivo es obvio: antes que de una obsesión impulsiva, se trata más bien de una obsesión inhibidora; no hay temor de hacer algo, sino sentimiento de peligro é impotencia para hacer. Sin embargo, considerada en este sentido inhibidor, la obsesión se traduce también en acto, por cuanto impide en absoluto al enfermo la realización de cualquier trabajo mental, influenciando su conducta.

La tendencia á la alucinación, propiamente dicha, no existe, como se sostiene clásicamente desde Falret; pero tampoco encontramos las que Janet llama pseudo-alucinaciones ó alucinaciones simbólicas. Existen, sí, verdaderas representaciones del estado

de imbecilidad temido, pues el enfermo, en los momentos de crisis, suele verse ya irremediablemente caído en el idiotismo ó la demencia.

El carácter más importante de estudiar en este enfermo, y en todos los semejantes, es su grado de conciencia acerca de la naturaleza mórbida de sus ideas. Á este respecto, digámoslo desde ahora, no hay verdadera conciencia de ese carácter mórbido, sino un estado permanente de duda. Evidentemente, este enfermo que acude á un médico alienista, le manifiesta tener ciertas ideas que hacen infeliz su vida, que explica esas ideas distinguiéndolas de todas las demás, localizando en ellas su creencia de que son anormales, este sujeto tiene indiscutible conciencia del carácter patológico de su idea ó ideas obsesivas.

Hay más; este sujeto se guarda, con buen tacto, de hablar en sociedad de esas ideas limitándose á aislarse y rumiar en la soledad sus concepciones mórbidas, precisamente por tener conciencia de este carácter. Sin embargo, no es posible afirmar que nuestro enfermo comprende la esencia absurda de sus ideas; si el sujeto tuviese tal seguridad no sería un enfermo, no persistiría en sus yerros, no sufriría por ellos, no le produjera su aparición trastornos graves de la emotividad. Si un sujeto normal pensara: «leyendo me imbecilizo», y comprendiera el carácter falso de esa idea, limitaríase á desecharla y á sonreir de que pudiera habérsele ocurrido; en cambio el psicasténico vive en conflicto consigo mismo, sin opinión definida acerca de sus ideas obsesivas, sin conciencia clara de su situación; vive, en una palabra, en estado de duda. Por una parte el enfermo cree, por otra critica su creencia; en él hay dos conciencias en conflicto, la una vigilando á la otra, rectificándose continuamente entre sí, predominando la creencia ó la crítica, según el momento de crisis ó de lucidez.

Cuando este enfermo decide consultarnos y nos refiere sus ideas obsesivas, evidenciando estar consciente de su falsedad, el espíritu de crítica prima sobre el de creencias; es lo que podríamos llamar estado mental lúcido y consciente del psicasténico fuera de la crisis obsesiva. Pero si en seguida colocamos un libro abierto entre sus manos, conminándole á la lectura, la idea aparece y se acompaña de estado emotivo intenso que le impide leer, desapareciendo por consiguiente la conciencia de la falsedad de esa idea, y primando, á las claras, el espíritu de creencia sobre el de crítica; es lo que podríamos llamar acceso obsesivo inconsciente del psicasténico.

En este caso vemos el estado oscilatorio de la conciencia, íntegra ó nula según los diversos momentos en que se la observe, arrastrada por la creencia ó iluminada por la crítica, pero con este carácter predominante y por todo concepto fundamental: *la duda*.

Esta falta de seguridad es atribuída por Janet al desarrollo incompleto de las ideas obsesivas, considerando que esa circunstancia capital determina la diferencia más fundamental entre las «ideas fijas» —admitidas completamente por el espíritu del enfermo—y las «obsesiones», que permanecen perennemente incompletas, sin implicar nunca la convicción. Debemos advertir, de paso, que una vez admi-

tido ese criterio diferencial, es más difícil precisar la diferencia entre «la idea fija» y la «idea delirante»; pero es cuestión que no podemos dilucidar en el presente estudio.

En torno de sus ideas obsesivas dos factores llenan el fondo del cuadro clínico: la rumiación mental, intensa, inagotable, base de su estado de duda, y los fenómenos emotivos accidentales que se producen en el momento de la crisis obsesiva.

Además de ellos, el enfermo presenta en alto grado el «sentimiento de incompletud», en el doble campo de la acción (sentimiento de dificultad para leer) y de las operaciones intelectuales (sentimientos de dificultad, insuficiencia, instabilidad, ininteligencia, obscuridad, duda); no sólo tiene el enfermo este sentimiento de que su actividad mental es incompleta, sino que exagera esa tendencia y la convierte en perjudicial para consigo mismo, formulando en una frase paradójica su curiosa modalidad mórbida: «el trabajo mental idiotizante».

La síntesis clínica de los síntomas observados en este interesante enfermo, impone el diagnóstico de psicastenia, tanto por su génesis como por su evolución y sus caracteres clínicos. «Cuando un sujeto joven viene á confiar al médico que, á su propio pesar, se interroga angustiosamente sobre una cuestión, sabiéndola estúpida ó inútil, y se pregunta durante horas enteras» acerca de un tema cualquiera, en esos casos—dice Janet—no hay lugar á duda. Y si se trata de un sujeto como el nuestro, tampoco.

Tiene marcada herencia degenerativa; en la infancia es de pésimo carácter, con tristeza angustiosa y

sueños terroríficos; pubertad tranquila, pero con profundo cambio de carácter; onanismo habitual; *ginofobia* permanente; emotividad mórbida; *trac de los examinandos,* precedido por fenómenos oníricos que influyen sobre la conducta del sujeto y cuya simple evocación despierta intensos estados emotivos; manía aritmética y estadística; obsesión fóbica contra la *jettatura* y los *jettatores;* temor obsesivo de ajeno dominio sobre su voluntad; manía de la lectura, temor obsesivo de la neurastenia cerebral; desconfianza de sí mismo, obsesión final del «trabajo mental idiotizante».

Este cuadro es bastante rico y completo. En él encontramos las dos grandes características señaladas en la psicastenia.

Las ideas obsesivas presentan un aspecto inequívoco. Vienen acompañadas por los caracteres generales de las agitaciones forzadas: la rumiación intelectual y los estados angustiosos. Detrás de ellos encontramos los grandes estigmas psicasténicos: el sentimiento de incompletud, las insuficiencias psicológicas y fisiológicas, con la consiguiente pérdida de la función de lo real. Todo ello asentándose sobre el descenso generalizado de la tensión psicológica y nerviosa, evidenciado más que todo en los frecuentes cambios y oscilaciones del nivel mental, en la instabilidad resultante de ello y en la frecuente alternación de obsesiones, «manías mentales», fobias, sentimientos de incompletud, etc.

En nuestro caso el diagnóstico se confirma definitivamente por el estudio de la *evolución* del proceso patológico, que no puede ser más característico.

Por ese motivo, el estudio de este caso complétase mediante la descripción de otros dos: el uno de «sifilofobia en un neurasténico» y el otro de «idea fija histérica», ambos perfectamente caracterizados. Ellos nos darán motivo para distinguir los diversos tipos nosológicos y su diagnóstico diferencial, reservando para la última parte de este capítulo las consideraciones relativas al pronóstico y al tratamiento de esta clase de enfermos.

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

(1) Véase del autor: *Revue de Psychologie*, París, Mayo de 1901, página 143 y siguientes, *Presá Médicala Romana*, Bucharest, Julio 1901; *Revue d'andrologie*, París, Septiembre 1901; *Semana Médica*, de Buenos Aires, 1900; *Archivos de Psiquiatría y Criminología*, Buenos Aires, 1903.

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., diez y nueve 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 motoros, sensoriales, tróficos ó funcionales bien marcados. Dos hermanos del enfermo fallecieron en la primera infancia: el uno de meningitis y el otro de 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 en 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 sustituyó 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. Á los diez y seis años estaba entregado de lleno