servar 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.

IV

Diverso de los anteriores es, por muchos conceptos, el cuadro clínico que nos presenta la idea fija en los histéricos; excederíamos de nuestros propósitos actuales haciendo su estudio patogénico y clínico. Bástenos recordar la obra magistral de P. Janet (1) y los estudios interesantes debidos á Charcot, Raymond, Sollier, Soucques, Blocq, Colin, Pitres, Babinsky, Gilles de la Tourette, Ballet, De Fleury, Legrand du Saulle, etc., que han contribuído singularmente al estudio y discusión de las ideas fijas en los histéricos. Para nuestro objeto presente bastará referir el caso clínico, analizando los elementos de diagnóstico diferencial que caracterizan la idea fija histérica y la obsesión psicasténica.

Antes que la enferma, concurrió á nuestro consultorio su propia madre; nos solicitaba que visitáramos á su hija en su propio domicilio, pues ella se negaba á concurrir al consultorio, alegando una enfermedad ridícula y vergonzosa que le impedía transitar por la vía pública. «Sin embargo—agregaba

(1) *Névroses et idées fixes*, edit. Alcan.—París, 1898.

la señora,—algunas veces mi hija sale a la calle; pero pretende que el médico no lo sepa, con el propósito evidente de revestir su enfermedad con apariencias graves.» No obstante ese pedido, y siéndonos imposible acceder á él, la enferma concurrió al consultorio acompañada de su madre, llegando en carruaje cerrado para sustraerse á las curiosas miradas de los transeuntes.

Aunque de modesta posición social, la enferma tenía una interesante silueta; vestía con elegancia y notábase en su gesto un desenfado atrayente, rayano en la coquetería. Un solo detalle turbaba la armonía del conjunto de su persona: era imposible ver su rostro, pues lo mantenía oculto tras espeso tul negro, cuya opacidad desentonaba singularmente, á punto de parecer crespón, no ya tul.

Nos dijo tener diez y ocho años de edad, ser argentina y católica. Llevaba una vida arreglada y cómoda, pues siendo hija única, sus padres la rodearon siempre de las mayores atenciones compatibles con su posición social modesta. Ha sido de carácter irritable y caprichoso; tiene discreta educación y una cultura satisfactoria para su posición; ha leído muchas novelas, influyendo sobre su carácter é inclinándola hacia un ingenuo romanticismo. Aunque de constitución grácil, se encuentra en discretas carnes. Antes de su enfermedad presente era amable y social, sin más estigmas que su instabilidad psíquica y un acendrado espíritu de coquetería; una de sus preocupaciones más constantes ha sido, en toda época, conseguir que las personas de su *entourage* se preocupen continuamente de su persona.

La madre de la enferma «sufre de nervios» aunque no especifica haber tenido crisis convulsivas con pérdida de conciencia; en cambio ha padecido fenómenos de pequeña histeria y posee carácter histérico bien definido, predominando en su actividad mental la instabilidad, la sugestibilidad y la propensión á estados de ansiedad terrorífica por causas exiguas. Su esposo tiene en sus antecedentes fenómenos crónicos de artritis reumática, sin episodios de fiebre reumatismal ni accidentes cardíacos.

Los cónyuges no tienen colaterales en el país y no saben ilustrar acerca de su haber patológico. La paciente es hija única.

Llama la atención, en los antecedentes individuales de la enferma, su precocidad; refiere su madre que durante los primeros años de la infancia tuvo alarmados á sus parientes, pues éstos pensaban continuamente en su próxima muerte, fundándose en el prejuicio popular que predestina á un fallecimiento prematuro los niños de precoz desarrollo psicológico. De los siete á los diez años sufrió frecuentes crisis nerviosas, atribuídas por su madre á vermes intestinales, aunque jamás pudo constatar la presencia de tales parásitos en sus excrementos (¿histeria infantil?). Menstruó antes de cumplir los doce años (también su madre menstruó precozmente) y su función ha sido regular, indolora, abundante, sin reacciones generales del organismo, durando de tres á cuatro días. Tiene hábitos onanistas discretos, anteriores á la pubertad, pero no ha cometido excesos en ninguna época; su sensualidad y sexualidad parecen escasas, tal vez por falta de educación especial.

Desde los doce años se acentuó su carácter caprichoso é inestable, aumentando su coquetería. Á la edad de catorce años sufrió un primer ataque de pequeña histeria: aura sensorial epigástrica, sensación de bolo histérico, mareo y pérdida de conciencia, sin fenómenos convulsivos. La enferma «educó sus ataques», que se hicieron cada vez más frecuentes é intensos, «perfeccionándose» progresivamente. Un año después, los ataques se acompañaron de fenómenos convulsivos, continuando en esa forma hasta la aparición de su enfermedad presente.

En Mayo de 1903 la enferma tuvo una pústula de acné sobre el ala izquierda de la nariz; una pústula pequeña: la punta «madura» sería como la cabeza de un alfiler y la aréola inflamatoria del tamaño de una lenteja, según refiere la madre.

Al constatar la presencia de esta insignificante molestia, la enferma, que en este momento se preparaba á acostarse, dió un grito de espanto; acudió su madre y no fué poca su sorpresa al saber que tanto escándalo obedecía á causa tan menospreciable. La niña, acaso para justificarse, extendióse en una larga disertación sobre las consecuencias posibles del grano, sobre la deformación que podría sobrevenir á su nariz, etc., etc. Después de mucho razonar y afligirse, resolvió tomar medidas para impedir que se le agrandara la nariz; la apretó entre las ramas de una horquilla de carey, que colocó á horcajadas sobre el dorso de su nariz, comprimiendo las dos alas.

Durmió con su curioso adminículo, despertando varias veces, sobresaltada, durante la noche.

Al despertar se produjo el desastre. La enferma

se quitó la horquilla y palpóse la nariz, pareciéndole notar que la tenía dolorosa, deformada y que «se le había recalcado el cartílago» del tabique nasal. Corrió ante un espejo y la ilusión fué completa: «¡la nariz estaba vergonzosamente deformada!» Se produjo un ataque de gran histeria, durando más de media hora los fenómenos convulsivos; por espacio de otras dos horas continuó en estado subconsciente postparoxístico. Al volver al estado consciente su primera preocupación fué tocarse la nariz, mirarse al espejo y llorar amargamente por la desgracia ocurrida. Desde ese momento quedó constituída la idea fija de deformación de la nariz, acompañada de estado angustioso; accidente patológico que Morselli (1) denomina «dismorfofobia», nombre aceptado por Janet (2), Pitres y Regis (3), Kraff-Ebing (4), Magnan (5), etc.

Durante varios meses sus fenómenos patológicos han revestido dos modalidades diversas, según se examine el *estado mental permanente* y los momentos de *crisis ansiosa*.

Su estado mental permanente ofrece todo el cuadro de la mentalidad histérica. Vive preocupada por su nariz deforme y molestando constantemente á cuantas personas la rodean. Está generalmente deprimida; dice que preferiría morir, si no pudiera

(1) *Semeiotica delle Malattie Mentali,* vol. II, pág. 440. Y en *Riforma Medica,* 1891, núm. 185.

(2) *Les obséssions et la Psychasthénie,* vol. I, pág. 209.—Edit. Alcan, París 1902.

(3) *Les obséssions et les impulsions,* pág. 39.—Edit. Doin, París 1092.

(4) *Actes du Congrés International.*—1900.

(5) En *Recherches sur centres nerveux* y *Les degenerés* (con Legrain). (*Passim*).

curarse; se niega á tomar alimentos, etc. Su conducta es cada día más anormal. Desde el primer momento tuvo fuerte sentimiento de ridículo y vergüenza por su deformación; estaba de novia, despidió á su prometido y le devolvió su anillo de compromiso, negándose terminantemente á dejarse ver por él; dada su deformidad, creyó ser objeto de risa y escarnio. Se niega á salir á la calle, temiendo ser vista por los transeuntes; solamente sale ocultándose el rostro bajo el mismo tul espeso con que acudió á consultarnos. Estando en su casa piensa con harta frecuencia, casi continuamente, en la grave desgracia que gravita sobre ella; ha consultado numerosos médicos, concurriendo primeramente á los consultorios externos del Hospital Italiano y luego á varias clínicas particulares, siendo ineficaces todos los tratamientos ensayados con el propósito de obrar por sugestión. Es de observar que esta enferma exagera mucho sus preocupaciones cuando consulta á algún médico; sobre esta observación su madre insiste particularmente, agregando que está más tranquila cuando no tiene á quien incomodar. Por consejo médico fué enviada, dos ó tres veces, á pasar algunos días fuera de su casa, mejorando inmensamente su estado; pero al volver entre los suyos, la idea fija recrudeció sistemáticamente.

De un mes á esta parte se ha constituido una idea fija secundaria, de igual naturaleza que la primitiva; la enferma dice que por mucho llorar se le han deformado ambos párpados inferiores, habiéndosele convertido en dos pequeñas bolsas llenas de lágrimas, pareciendo tener un huevo de paloma escon-

dido en cada párpado inferior. Esta idea fija secundaria podría considerarse como una simple ampliación de la anterior, pues se mantiene dentro del mismo cuadro de la «dismorfofobia».

Sobre este estado mental se producen las *crisis ansiosas,* verdaderos paroxismos de angustia acompañados de todo el cortejo sindromático de la emoción mórbida. Primitivamente las crisis se producían cada vez que la enferma se tocaba la nariz ó se miraba ante el espejo; acompañábanse de llantos copiosos, prolongados durante una ó dos horas. Durante la crisis permanecía la joven en estado subconsciente, siendo inútil dirigirle la palabra, pues permanecía ajena al medio que la rodeaba. Para evitar la causa ocasional de las crisis su madre suprimió todos los espejos de la casa; el resultado fué bueno en los primeros días, pero á poco andar la enferma comenzó á sufrir sus crisis sin necesidad de ver ó tocar el órgano deformado.

El examen de la enferma revela una buena eurítmia morfológica y una corrección poco vulgar de sus rasgos fisonómicos; la nariz es normal, perfectamente conformada, diminuta. Sus ojos negros y lucientes no presentan la menor anomalía, como tampoco los párpados que los cubren. El conjunto de la persona es muy agradable.

Sus funciones fisiológicas son normalas. Suele comer poco ó ayunar, á consecuencia de su idea fija, pero digiere bien y sus deposiciones son regulares. Las funciones circulatorias, respiratorias y secretorias son ordinariamente normales, pero durante las crisis ansiosas presentan los trastornos propios de

las emociones. El examen especial de las fosas nasales no revela ningún proceso mórbido que pueda determinar sensaciones capaces de poner en juego la idea fija.

En el examen del sistema nervioso encontramos una astenia marcada y reflejos tendinosos ligeramente aumentados. La sensibilidad revela numerosas anomalías. Hay hemihipoestesia derecha, anestesia faríngea completa, hiperestesia ovárica sin zona histerógena correspondiente, estrechamiento pronunciado del campo visual, mayor en el ojo derecho; hay también hipoacusia aparente del mismo lado, pero se trata de una simulación de la enferma, ocurriendo lo mismo con la anosmia total, de que hablaremos en seguida.

Dos hechos impresionan, á primera vista, al examinar el estado mental de esta enferma: el deseo de ser interesante y la continua exageración de su propia idea fija; esto último la lleva á mentir, consciente é inconscientemente, y á simular con frecuencia. Complementando los datos ya referidos sobre su estado mental, investigamos los siguientes.

La explicación que da la enferma de su lesión nasal es lógica y razonada; tenía un grano en la nariz, deseaba evitar que ésta se le hinchara, le aplicó una horquilla para comprimirla durante toda una noche, la compresión «recalcó el cartílago» y amaneció con la nariz deformada. Es el tipo clásico de la lógica mórbida, semejante al delirio por introspección somática descrito por Vaschide y Vurpas (1);

(1) *L'Analyse Mentate. La Logique morbide.*—París, 1902.

con esta diferencia: aquí el punto de partida es una ilusión sobre la forma de la nariz, y en lugar de haber un sistema delirante en torno de la idea inicial hay una suspensión de las síntesis mentales, del sentido crítico, que impide á la enferma poner en tela de juicio su propia idea fija.

Cuando se le afirma que tiene una idea fija, invocando el testimonio general sobre la erroneidad de su idea, responde que todos «le dicen que es idea para consolarla»; no admite crítica de su ilusión, ni reconoce buena fe en quienes niegan que su nariz está deformada. Rechaza terminantemente que pueda tratarse de autosugestión y se dice ofendida por todos los médicos, pues pretenden negar su deformación y afirman que son «ideas» suyas.

El sentimiento del ridículo la tiene dominada: si saliera á la calle sin tul, todo el mundo se reiría de ella. Sin embargo, en esto hay exageración, pues una mañana, en compañía del estudiante de medicina señor Chavarría, la encontramos en la calle *sin tul* y aparentemente muy tranquila. Está convencida de la cronicidad de su padecimiento, pues ya ha sido asistida sin resultado por varios médicos; atribuye el fracaso á que los doctores «quieren curarle las ideas, en lugar de arreglarle la nariz recalcada».

Conviene señalar que fuera de la idea fija, el estado mental de la enferma es excelente, y también la supresión de los ataques convulsivos desde el nacimiento de la idea fija. Diríase que las crisis ansiosas actúan como sustitutivos ó equivalentes del ataque convulsivo, fenómenos curiosos por cierto.

Para el lector que haya seguido atentamente la exposición de los caracteres clínicos de este caso, habrán saltado á la vista las diferencias psicológicas existentes entre la idea fija histérica y la obsesión psicasténica.

En primer lugar, la idea fija histérica no es consciente, como es la obsesión. La enferma vive absolutamente convencida de que su nariz está deformada, se ha hecho una explicación del caso y no admite ni la sospecha de que pueda tratarse de una ilusión ó autosugestión. En cambio, caracterizamos al psicasténico por la duda constante con que analiza el contenido de su obsesión. Vemos en la psicastenia la oscilación psíquica entre la creencia y el sentido crítico, predominando alternativamente uno ú otro de esos factores: de allí nacen la incertidumbre, la ansiedad, la relativa conciencia de cada enfermo acerca del carácter mórbido de su idea obsesiva. En cambio, en la idea fija histérica el sentido crítico está abolido y la creencia domina soberana en la psiquis de la enferma: la idea de que está recalcada 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 origen y evolución de ambos fenómenos mórbidos para comprobar una profunda diferencia. En el psicasténico, desde que aparece la idea obsesiva del «trabajo mental idiotizante», se determina un proceso de *rumiación psicológica* en torno de esa idea, que es discutida, controlada y se instala con un proceso

UNIVERSIDAD DE NUEVO LEÓN
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
"ALFONSO REYES"

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 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 simulaciones conscientes ó subconscientes, 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.

(1) Ingegnieros, *Simulación de la locura*, introducción, pág. 103 y siguientes.—Id., *La simulación en la lucha por la vida.*—(Edición Sempere). *Passim.*

Y si esos datos 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 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 desapare-