



Legrand du Saulle
LA LOCURA DE LA DUDA (CON DELIRIO DEL TACTO).

La ciencia de las enfermedades mentales está hoy basada en la observación clínica de individuos previamente internados, mantenidos en un medio más o menos artificial y obligados, a pesar de todo lo imprevisto de una situación delirante, a conformarse de buen grado o a la fuerza a la reglamentación obligatoria de un establecimiento hospitalario cerrado. El genio francés, la beneficencia pública y la devoción médica han llegado, frente a la gran mayoría de los estados patológicos del espíritu, a conducir la verdad científica hasta límites tan lejanos y tan precisos como los que ha alcanzado hasta este momento. Pero no todos los delirios han sido reducidos.

Muchos alienados parciales, en efecto, cuyo estudio sería de gran interés, muy conscientes de sí mismos y sintiéndose desgraciados, andan errando a la ventura, sin etiqueta aparente, y se mueven con cierta inquietud en el suelo frágil de la razón limitada.

Si los enfermos que padecen de locura con conciencia no se encuentran sino a título excepcional en los establecimientos de alienados, se presentan más espontáneamente al examen de los médicos. Se expresan en términos muy netos, describen todas sus angustias con la mayor buena fe, confiesan estar enfermos y afligidos, deploran sus manifestaciones mórbidas, reclaman su cura con insistencia y emoción, y quieren sobre todo

*Este artículo fue extraído de *Gazette des Hôpitaux*, 1875, 48, N° 114, pp. 809 y ss.

7

que se los tranquilice al instante. Tienen necesidad de una afirmación ajena que sea inmediatamente tranquilizadora; están dispuestos a tener confianza y se dejan convencer con una credulidad infantil.

La locura de la duda (con delirio del tacto) es una de las cuatro variedades nosológicas de la locura con conciencia. Está constituida por una suerte de delirio activo, expansivo, sin relación alguna con el delirio de persecución y con el delirio de la melancolía, y se ha considerado por error, hasta el presente, que formaba parte ya sea de la hipocondría, ya de la histeria.

Desconocida o apenas sospechada por los autores, no descrita ni clasificada todavía, aunque vislumbrada por Esquirol, Falret padre, Baillarger, Griesinger, Morel y J. Falret, quienes refirieron aquí y allá algunos ejemplos con denominaciones diversas y completamente provisionales, la locura de la duda (con delirio del tacto) se sustrae con la mayor facilidad a las investigaciones precisas, y es muy difícil asirla en su punto de origen, en su evolución esencialmente paroxística, en sus diferentes órdenes de fenómenos y en sus tres períodos distintos; por ello conduce frecuentemente a apreciaciones clínicas erróneas y, a veces, a equivocaciones pronósticas bastante enojosas.

Procuraré demostrar que esta alienación tan especial tiene derecho a una existencia aparte, que formó parte de un capítulo desgraciadamente demasiado real de la patología de la inteligencia, y que se presta de por sí a una exposición sintomatológica general fácilmente reconocible.

Estoy seguro de que todos recordarán, en el curso de esta exposición, haber encontrado uno o dos casos análogos o completamente iguales a los que van a describirse.

Esta expresión, "locura de la duda (con delirio del tacto)", acusa muy claramente la intención formal de designar la enfermedad por signos clínicos predominantes: la interrogación mental producida por la duda y el temor al contacto con los objetos exteriores. La duda abre la escena mórbida. Mucho tiempo después, las excentricidades del tacto la cierran. En la designación nominal de la enfermedad; la duda y el tacto deben estar juntos. Este será probablemente el único medio de

fijar la atención para siempre sobre las dos particularidades patológicas fundamentales de la neurosis.

Importa ante todo establecer sumariamente que la enfermedad no es continua, que procede por saltos, por accesos, que está atravesada por fases suspensivas, algunas veces bastante largas como para haber creído de buena fe en curaciones definitivas, y que en su lenta evolución pasa por tres etapas muy matizadas y, de hecho, diferentes entre sí.

El primer período, compatible con las mejores condiciones de salud física e intelectual, consiste en la producción espontánea, involuntaria e irresistible de ciertas series de pensamientos sobre temas indeterminados, teóricos, abstractos o ridículos, sin ilusiones y sin alucinaciones de los sentidos. Estas series de pensamientos se traducen por interrogaciones dirigidas para sus adentros, por un sentimiento a la vez profundo y vago de duda, y por una suerte de deliberación interna, esencialmente monótona, obstinada y opresiva, sobre las mismas cosas; y, en algunos casos, por la representación mental de ciertas imágenes, así como por preocupaciones fijas, habituales y relativas a estas imágenes. La lucha es silenciosa: el sitiado no se queja del sitiador.

El segundo período se reconoce por los fenómenos siguientes: revelaciones inesperadas a la familia, a los amigos y al entorno; escrúpulos exagerados; temores quiméricos, aprensiones y angustias; verdaderos accesos de excitación con aura epigástrica previa; aversión por un animal; disminución apreciable de la duda y de las interpelaciones personales; necesidad enfermiza de repetir las mismas cosas a la misma persona y ser constantemente tranquilizado por ella, en términos idénticos y, si es preciso, convenidos de antemano; temor de tocar ciertos objetos; instintos anómalos de limpieza; lavados repetidos; excentricidades múltiples; confesiones espontáneas de actos ridículos; largas fases suspensivas todavía posibles; conservación siempre completa de la inteligencia.

El tercer período está caracterizado por un estado enfermizo serio y permanente. La situación se vuelve cada día más intolerable: toda sociabilidad tiende a desaparecer; muchos actos normales de la vida son imposibles; las salidas son aceptadas con repugnancia, luego rechazadas absolutamente; los móvi-

mientos son cada vez más lentos y finalmente muchas horas son dedicadas sea a la *toilette* de la mañana, sea a cada comida del día; el círculo de las ideas delirantes se estrecha y las angustias aumentan en proporción; el miedo de caminar, sentarse, rozar a alguien, dar la mano, abrir una ventana o una puerta, y las repulsiones invencibles por tales o cuales objetos, aumentan; los terrores ya no son expresados, y el movimiento de los labios revela solamente persistencia de un lenguaje mental; la conciencia perfecta de una situación tan afligente subsiste pese a todo; la demencia no llega jamás, y la vida se prolonga y se apaga en un estado sumamente vecino a la inmovilidad.

Tal es, en resumen, la historia completa de una neurosis cuyos primeros indicios aparecen la mayoría de las veces en la pubertad, y cuyas manifestaciones por largo tiempo remitentes, y después continuas, pueden atormentar toda una existencia humana, por más larga que se la suponga.

Antes de entrar en los desarrollos de los tres períodos de la enfermedad y de citar las observaciones clínicas correspondientes a cada uno de ellos, me ha parecido indispensable jalonar por adelantado todo el terreno patológico que tengo que recorrer y poner en evidencia.

He aquí, en resumen, la exposición sintomatológica que es posible trazar hoy, en el estado actual de la ciencia, de la "locura de la duda (con delirio del tacto)". Agreguemos que el comienzo de la neurosis pasa frecuentemente inadvertido y que se remonta muy a menudo a la pubertad; que se ha manifestado entonces bajo la forma de escrúpulos de conciencia, que ha podido reaparecer ligeramente de vez en cuando, sin llamar la atención de sus familiares, y sobre todo sin que el enfermo se haya decidido a hablar; que ha podido estar enmascarada incidentalmente por fenómenos cloróticos, histéricos, dismenorreicos, gastrálgicos o hipocondríacos, y borrarse, en fin, completamente durante las fases suspensivas prolongadas. No olvidemos por otra parte que el delirio, en su origen, está constituido por una idea extraña que se impone a la mente, que esta idea toma poco a poco una importancia más considerable, que absorbe por sí sola una gran parte de la actividad psíquica del en-

fermo y que se convierte en el punto de partida de series complejas de razonamiento que siempre tienen por centro, por foco de irradiación, la idea delirante primitiva.

Las causas de este estado responden a una predisposición o bien son ocasionales. La herencia mórbida desempeña aquí un papel de abrumadora preponderancia. No volveremos sobre los caracteres tan fácilmente reconocibles de la alienación transmitida y sobre sus terribles consecuencias, porque hemos abordado este curioso estudio en una serie de clases dictadas en la Escuela práctica,¹ pero recordaremos que los excéntricos, en general, pertenecen a familias de alienados, y no nos será difícil afirmar que la "locura de la duda (con delirio del tacto)" suele reclutar sus víctimas entre los descendientes oficiales de los neurópatas, esos supernumerarios obligados de la alienación.

Entre las causas ocasionales posibles colocaremos todos los grandes trastornos de la salud física, algunas enfermedades agudas graves, como la viruela, la angina diftérica, la fiebre tifoidea o el cólera, el onanismo inveterado, una gran emoción y un vivo pavor. Por lo demás, los enfermos son, en este caso, excelentes apreciadores de su situación patológica, y los primeros en dar al médico informaciones de una irreprochable autenticidad. Y pueden hacerlo porque la "locura de la duda (con delirio del tacto)" se manifiesta frecuentemente a continuación de una circunstancia muy especial, que imprime a la neurosis una dirección particular y se convierte habitualmente en el punto de partida de la idea predominante. Muchas observaciones que hemos referido, precisamente han puesto de relieve el origen de la enfermedad, pero uno de los ejemplos más concluyentes que conozco es éste: una señora, de quien habló Baillarger, sufre de un pequeño tumor mamario y consulta a un cirujano que, tranquilizándola mucho, le recomienda tomar grandes precauciones y no chocar contra una puerta, un mueble o una llave. A partir de este momento, la señora se pone perpleja y no se atreve a dejar que sus hijos se le acerquen, después teme atravesar una puerta, salir a la calle, subir al coche, y lleva en fin esa existencia ansiosa y miserable que conocemos.

Se puede relacionar este último hecho con el que citó Par-

¹ *La locura hereditaria*, París, 1873, folleto de 7 páginas.

chappe, según Von Swieten. He lo aquí: un hombre, desde todo punto de vista muy sensato, habiendo oído decir que muchas personas mordidas por un perro rabioso se habían vuelto hidrófobas a pesar del empleo de la sangría y de los remedios más eficaces, se imagina que si los cirujanos han utilizado las mismas lancetas para hacer otras sangrías, el virus, sin lugar a dudas, ha debido de ser inoculado a un gran número de individuos que, desde ese momento, podrían contagiar a otros. Para preservarse de tamaño infortunio resuelve no dejarse tocar por nadie a partir de ese momento, y a pesar del cariño que profesa a su mujer y sus hijos, no puede hacer una excepción en su favor.²

"La locura de la duda (con delirio del tacto)" afecta mucho más a las mujeres que a los hombres, suele aparecer por primera vez en la pubertad y se observa casi siempre en las clases altas de la sociedad. De hecho, es accidental que un caso sea admitido, de tanto en tanto, en la enfermería especial del departamento de policía, ese calidoscopio clínico sin igual, e incluso ese caso no da lugar, generalmente, a una internación legal compulsiva. A menos que se trate de actos delictivos o criminales, no se observan allí, en efecto, sino las innumerables miserias cerebrales del pobre, las alteraciones tóxicas del desclasado y de las mujeres de la vida, las agenesias intelectuales de la infancia y todas las anomalías psíquicas de los naufragos de la civilización; pero es en la consulta urbana y en el consultorio del médico donde se presentan los histéricos, los hipocondríacos, los emotivos, los delirantes del tacto y todos los individuos en general que sufren moralmente y tienen conciencia de su estado.

El diagnóstico no puede presentar dificultades serias, después de todo lo que hemos hecho conocer sobre la ausencia de ilusiones y alucinaciones de los sentidos, sobre las ideas, las interrogaciones personales, las representaciones de imágenes, las incertidumbres, los escrúpulos, las palabras, las angustias, las excentricidades, las machaquerías y los escritos de los enfermos. Sin embargo, mientras estos últimos no se deciden a hacer confidencias, pueden infundir respeto y engañar acerca de su verdadero estado mental.

² *Sintomatología de la locura*, 1851.

La marcha y la duración de la neurosis están contenidas enteramente en la descripción que hemos hecho de los tres períodos y de las fases suspensivas. Se trata, hemos visto, de una afección de curso crónico y de duración indefinida, que no compromete absolutamente el nivel intelectual, ni el ejercicio de las diversas facultades, ni la vida; que se observa frecuentemente fuera de los establecimientos de alienados y rara vez en ellos y que se la confunde fácilmente dentro de las familias sea con la histeria, sea con la hipocondría. Nadie deberá sorprenderse de la frecuencia de esta confusión: los cuadros de estos estados nerviosos se manifiestan con facilidad y no se tarda mucho en identificarlos.

En cuanto al desenlace, no hay, hablando con propiedad, ninguno especial. El pronóstico es siempre muy grave. Entre las curaciones comprobadas por algunos autores, temo que sólo haya habido remisiones muy largas, por ejemplo, de tres a cinco años.

El tratamiento no es solicitado sino en el segundo período, que, en verdad, es a veces muy largo. Tiene una señalada eficacia temporaria y descansa enteramente sobre un empleo muy serio del tiempo, sobre una vida ordenada y disciplinada, sobre ocupaciones nuevas que llegan a ser prescritas enérgicamente y sobre el cumplimiento cotidiano de una tarea determinada. La abolición de la ociosidad es la primera condición del éxito y conduce en poco tiempo a fases suspensivas precisas para el enfermo y los suyos.

En el momento en que los delirantes del tacto se inquietan y van a pedir consejo, están llenos de buena voluntad, sumamente deseosos de curarse y confiados. Testimonian al médico tanta deferencia como simpatía y se ponen con abnegación a sus órdenes. Es necesario, acto continuo, trazar un programa escrito, por más desagradable que pueda ser, leerlo al visitante e imponérselo con una firmeza resuelta, una convicción profunda y una autoridad casi rígida. El enfermo compara inmediatamente las debilidades ansiosas de su voluntad con las decisiones categóricas que se le expresan en nombre de la ciencia y no duda. Nada lo detiene. Obedece. Pero si no recibe más que consueños banales, amonestaciones paternas, promesas vagas, y si transige en uno o varios puntos, se aleja contrariado y no

vuelve más. Lo que ha querido encontrar esencialmente en el médico es una autoridad que domine su voluntad y la subyugue, y no una afabilidad razonadora que disienta o capitule. En cierto modo ha abdicado. Busca pues un tutor que ordene como amo y no un complaciente que asienta servilmente con la cabeza. Por eso, los esfuerzos más perseverantes y meritorios en el sentido de las concesiones graciosas han fracasado fatalmente.

Un día recibí la visita y las confidencias de una señora muy inteligente, de gustos artísticos, un poco olvidada por su marido, madre de dos lindos hijos, y que sufría de escrúpulos y temores múltiples. Esta señora, que entonces tenía 36 años, decía estar inquieta desde hacía algunos años. La interrogué largamente acerca de su educación y de las aptitudes que había desarrollado. Había dibujado muy bien en otro tiempo y no sabía ninguna lengua extranjera. Le hice tomar lecciones de pintura y de inglés, trabajó considerablemente durante casi un año y se restableció. Su familia volvió a encontrar el bienestar porque al no interrogársele sobre el futuro reservado a la paciente, no tuve que pronunciarle sobre la posibilidad de una recaída ulterior, cuando un día, después de dieciocho meses de franca remisión, esta señora rehusó salir con sus hijos y su madre, por temor de encontrar un perro rabioso. Me llamaron, prescribí ejercicios gimnásticos, una hidroterapia severa y clases de pintura sobre porcelana y de lengua alemana. No tardó mucho en producirse una nueva fase suspensiva que se prolonga desde hace dos años.

.....
.....
Para terminar aquí todo lo que guarda relación con el tratamiento de la "locura de la duda (con delirio del tacto)" digamos que el vulgo y aun algunos médicos admiten de muy buena fe que el matrimonio puede ser aconsejado a título de diversión útil o medio necesario para la cura. En virtud de este prejuicio funesto, inmoral, degradante, el esposo, que está en su sano juicio, se ve condenado al infortunio, el cónyuge enfermo no se mejora nunca, más aún, suele agravarse, y se prepara a sabiendas una descendencia cargada de taras patológicas. Es importante no hacerse vanas ilusiones sobre la presunta virtud te-

rapéutica del acto conyugal, ni rebajar la inteligencia humana hasta colocar su elevación o sus errores bajo la dependencia directa de las satisfacciones sexuales, y no considerar la gran institución del matrimonio, esa base fundamental de la moral y piedra fundamental de las sociedades, como un agente vulgar de tratamiento, para uso de desviados llenos de deseos que están en busca de lo desconocido o en situación desesperada. No, el médico no debe nunca prescribir el matrimonio, pero si acaso un día se viera tentado a aconsejarlo, espero que comenzará por recordar que Francia tiene necesidad de niños y no de idiotas.

Y ahora ¿puede "la locura de la duda (con delirio del tacto)" dar lugar a aplicaciones médico-legales? Sin ninguna duda. Como esta alteración parcial ha sido confundida hasta hoy con la histeria y la hipocondría, se pueden encontrar en las observaciones publicadas por error con estos dos títulos, algunos hechos que se relacionan directamente con la medicina legal. Pero no tomaremos nuestros ejemplos del campo desgraciadamente tan vasto de los errores clínicos de otra época. En materia de alienación mental, el pasado no es más que un repertorio de informaciones; suele ser un buen medio de consulta pero es también fértil en decepciones, como en este caso.

— «Ciertos casos no han revelado que los impulsos criminales o las ideas de venganza pueden imponerse de golpe al espíritu; ahora bien, en un momento dado, de un proyecto semi-patológico a la ejecución puede no haber mucho trecho. Cuando se ha cometido un acto delictivo o criminal habrá que demostrar si lo ha sido a continuación de un simple movimiento pasional y reprehensible o, al contrario, a continuación de una serie de razonamientos deducidos lógicamente de una concepción enfermiza. Se tendrá aquí un problema de carácter especial y un punto de apreciación particular.

El profesor Laségue dio un día una opinión clínica y médico-legal muy pertinente sobre un caso manifiesto de "locura de la duda (con delirio del tacto)", y pudo obtener la baja de un joven recluta. En otra ocasión tuvo que dar su opinión sobre el grado de capacidad testamentaria de un delirante del tacto.

La internación compulsiva se resuelve casi tan pronto co-

mo se plantea, y de diez casos, nueve no deben ser asilados. En cambio se ha visto, de paso, que las ideas de suicidio y aun las tentativas de muerte voluntaria no son muy raras, y que es necesario, al respecto, ejercer una vigilancia atenta y servicial.

Quando en el futuro se produzcan nuevas observaciones clínicas, se sabrá, según todo lo que precede, en qué compartimento de la alienación habrá que clasificarlas. El capítulo completo de la neurosis podrá por fin edificarse poco a poco. La ciencia no es obra de un día, pues es hija del tiempo.

Traducción de Laura H. Quinteros