

pub. Walle par
L. L. L.

Akinésie algique, dysopsie algique et akatisie

par le Prof. J. LOPEZ-IBOR

Chef du Service de Neuropsychiatrie de l'Hôpital Général de Madrid

L'*akinésie algique* est une maladie extrêmement rare. Dans les livres récents de neurologie et de psychiatrie, il n'en est fait aucune mention ou bien une mention très sommaire. Le premier cas fut décrit par Mœbius à la fin du siècle dernier, et son travail, complété peu après par Erb. Mœbius, la définissait comme une « immobilité voulue à cause des douleurs que provoquent les mouvements » (*eine wegen Schmerzhaftigkeit der Bewegungen gewollte Bewegunglosigkeit*). C'est-à-dire que l'essence de cette maladie était la douleur née des mouvements, l'immobilité n'étant qu'une résultante de la défense psychique.

Les malades qui souffrent de cette affection sont, en général, doués d'une forte personnalité. Dans le cas de Mœbius, il s'agissait d'un philosophe réputé. Curschmann en cite un encore plus grotesque, dit-il, chez un autre philosophe. Erb étudia celui d'un lord anglais qui l'intéressa tellement qu'il lui consacra trois publications. Il existe encore dans la littérature médicale les cas de Longard, Mingazzini, Bechterew, Oppenheim, Fiorentini, Ingelrans et Schweikewitz.

Cependant, dans la bibliographie récente, nous n'avons trouvé qu'un nouveau cas, celui de Curschmann. Il s'agissait d'un homme de 45 ans chargé de stigmates dits de dégénérescence (bec-de-lièvre, crâne allongé, rachitisme ancien) qui resta en bonne santé jusqu'à la guerre. Lorsqu'il fut mobilisé, il commença à ressentir des douleurs d'abord seulement dans les bras, puis dans les jambes. Quand il fut, malgré cela, envoyé au front, les douleurs augmentèrent considérablement. Le malade commença une pérégrination à travers les hôpitaux. A la fin de la guerre, il guérit subitement et demeura ainsi pendant quatorze ans. En 1932, assistant à un récital de chant, il fit une rechute. Les douleurs affectaient surtout les membres et rendaient tout mouvement impossible, mais aucune partie du corps n'en était exempte.

Des douleurs si « spectaculaires » qu'elles empêchent tout mouvement font penser immédiatement à leur psychogénèse. Si l'on y ajoute les caractéristiques psychologiques des malades, cette opinion reçoit

un renfort considérable. Erb obtint dans son cas, par simple action psychothérapique, que le malade, immobilisé depuis vingt-deux ans, pût se mouvoir. Oppenheim dit que dans l'*akinésie algique* il s'agit d'un syndrome qui se présente dans la neurasthénie, l'hystérie, l'hypocondrie. Cette extension du champ d'application de l'*akinésie algique* a eu précisément comme conséquence d'embrouiller le tableau clinique et de faire abandonner la dénomination. Nous nous trouvons vraiment devant des douleurs psychogènes dans quantité de réactions et provenant de personnalités hystériques et psychopathiques. Chez ceux que l'on appelle, à tort, hypocondriaques, les douleurs viscérales font partie, dans une large mesure, du tableau clinique. De sorte qu'il n'est presque plus nécessaire de maintenir l'expression si on doit l'étendre à des symptômes aussi communs et banaux.

Mais, à mon avis, toute espèce de douleur psychique (*psychalgie*) ne mérite pas ce nom. *Dans le sens qui nous occupe, la douleur se trouve liée au mouvement. Un mouvement du corps, même passif, en produit une très vive.* En outre, pour attribuer nettement un caractère psychogène à un symptôme, il nous faut découvrir son mécanisme intime. Un diagnostic négatif (c'est-à-dire l'absence de découverte somatique) ne doit jamais suffire pour établir le diagnostic positif de névrose. On n'insistera jamais trop sur ce point.

Ce qui est certain, c'est que, dans de nombreux cas d'*akinésie algique publiés*, la racine psychogène n'a pu être découverte. Je dirai même que c'est ce qui arrive dans les cas les plus authentiques. Erb, Mœbius, Oppenheim et d'autres ne purent découvrir la psychogénèse des troubles chez leurs malades, Erb s'étonnait même de ce qu'une personnalité comme celle de son patient, spirituellement si élevé, destiné à la carrière diplomatique, absolument dépourvu de tout signe hystérique ou neurasthénique, pût être victime de pareille atteinte. Cependant Curschmann, dans son commentaire, dit qu'un psychiatre moderne trouverait immédiatement l'interprétation de l'inactivité douloureuse du malade d'Erb. Le malade fuyait précisément la carrière de diplomate à laquelle il était destiné. Sa maladie lui permettait de vivre dans une ville d'Italie, s'occupant d'art et de science, loin de la politique; mais cette interprétation aurait besoin d'être démontrée. Ni sa situation financière ni le monde dans lequel il vivait n'obligeaient le malade à s'excuser de mener cette vie.

À mesure que croît mon expérience dans la connaissance de l'hystérie et des réactions psychogènes, je trouve de moins en moins compréhensible cette sorte d'explication. Il est difficile de croire que l'on puisse vivre vingt-deux ans immobilisé ainsi pour un motif psychologique qui

cessait d'exister peu après son apparition. Une fois donnée la démission de la carrière politique, l'appareil hystérique devenait inutile.

Cependant il est vrai qu'il y a des cas purement psychogènes de cette espèce.

Voici une observation personnelle :

CAS H. C. (vue en consultation). — Antécédents familiaux et personnels sans intérêt.

Il y a trois ou quatre ans, on lui fit un diagnostic de péritonite tuberculeuse dont souffrait aussi une malade qui habitait avec elle et à laquelle l'attachaient des relations affectives d'une extraordinaire intensité. Dans la suite, apparurent des douleurs dans la colonne vertébrale et, en se basant sur une radiographie, un commencement de mal de Pott fut diagnostiqué. Elle fut envoyée avec l'autre malade dans un sanatorium maritime où elle resta deux ans. Pour ses douleurs, elle commença à se faire des piqûres de morphine. Elle est revenue à Madrid et, après une nouvelle radiographie, d'autres spécialistes assurent que le mal de Pott n'existe pas. Récemment sont apparus des tremblements et une diminution de la force musculaire d'une telle intensité qu'elle ne peut se lever sans tomber. *La malade dit qu'elle ne peut faire un mouvement sans ressentir de grandes douleurs surtout dans le ventre et les extrémités inférieures. A chaque mouvement que l'on fait faire à celles-ci pour l'examiner, elle se plaint vivement.* Cela arrive aussi, quoique avec moins d'intensité, au cours de l'examen d'autres parties de l'organisme. L'examen somatique et neurologique est absolument négatif. Les diverses analyses, entre autres une ponction lombaire, faites antérieurement sont également négatives. Dans des visites successives, on découvre que la malade a eu une sorte de crise hystérique pendant laquelle toutes ses douleurs et prétendues paralysies ont disparu, tandis qu'elle se promenait dans la maison à l'état somnambulique. Après l'accès, tout a continué comme avant. Elle a un léger tremblement dans la jambe droite et la gauche est absolument paralysée.

Il s'agit donc d'une hystérique qui reste au lit pendant deux ans à cause d'un diagnostic erroné de mal de Pott. Les accès hystériques suffiraient à démontrer la fausseté du diagnostic s'il n'y avait en outre le résultat des examens, tous négatifs quant à la présence d'une lésion organique. Le désir de classer ce cas pourrait pousser à l'attribuer à l'*akinésie algique*. En effet, les mouvements provoquaient des douleurs, mais un examen attentif démontre qu'en réalité les mouvements n'étaient pas en cause puisque, en essayant de faire n'importe quel mouvement passif avec une extrémité de la malade, il se produisait une violente contracture des masses musculaires agonistes et antagonistes qui rendait le membre rigide, et que c'est alors que la malade se plai-

gnait de douleurs. Rien de tout cela n'arrive dans l'*akinésie algique*. La contraction nécessaire pour exécuter un mouvement produit déjà la douleur.

Il me manque une connaissance détaillée de la publication de Neftel pour savoir dans lequel de ces deux cas peut être rangée son *atremia*. D'après ce qu'en dit Oppenheim, il s'agit de malades immobilisés dans leur lit, non pas tant par les douleurs que par des sentiments désagréables et angoissants et de vagues altérations subjectives de l'état général.

Voici un autre cas.

CAS J. R. — 54 ans.

Antécédents familiaux. — Les grands-parents moururent à un âge avancé. C'étaient des gens pacifiques, des paysans. Ils avaient toujours joui d'une bonne santé. Le père mourut à 78 ans et la mère à 37, des suites d'un accouchement. Des cinq frères, l'un mourut de paralysie générale, un autre est épileptique (vérifié personnellement) et les autres sont bien portants. Marié, a onze enfants dont neuf vivants.

Antécédents personnels : Aucune anomalie pendant son développement. Il eut les maladies habituelles de l'enfance. A 10 ans, pneumonie. Etat physique et intellectuel normal.

A 27 ans, il subit sa *première phase de dépression*. Il était triste sans savoir pourquoi. Il ne pouvait pas travailler ni même lire ; il dut abandonner toutes ses occupations et retourner à son village où il demeura un an et demi. Au bout de ce temps, la dépression cessa spontanément. Depuis lors, avec une certaine régularité, il a eu d'autres phases dépressives peu profondes dans leur symptomatologie et qui duraient à peine un mois à un mois et demi.

En 1940, il commença une *phase dépressive d'une grande intensité*. Il se sentait extrêmement mélancolique, à bout, incapable de rien faire. Cinq mois plus tard commença l'amélioration et après huit mois la phase avait cessé complètement, mais il lui resta la crainte d'une rechute. Il continua à travailler normalement jusqu'à l'*apparition d'une nouvelle dépression*. Au début, il ressentait une grande impatience et une profonde inquiétude, accompagnées d'une très forte souffrance. Il ne se sentait pas aussi abattu que dans les crises antérieures, mais beaucoup plus inquiet et angoissé. Très pessimiste quant à son avenir. Sa capacité de travail se trouvait réduite ou presque annihilée. Divers ennuis hypocondriaques comme des céphalalgies, de l'oppression thoracique, etc. Quelques idées relatives au contenu de sa dépression se fixent en lui de façon obsédante.

L'examen somatique ne découvrit aucun élément pathologique. Tension artérielle : 14,5/7. Pouls régulier, rythmé ; électrocardiogramme normal. Rien d'anormal dans les urines.

Type leptosome, expression mélancolique, calvitie précoce. L'examen neurologique ne révèle rien d'anormal.

On procède au traitement par électrochoc (ambulant). Au troisième, on note une amélioration remarquable de son état psychique. Il se sentait plus d'entrain, était moins déprimé, moins obsédé par ses idées pessimistes, dormait sans hypnotiques, etc. Mais à partir de cet électrochoc s'installe un syndrome douloureux d'une violence extraordinaire. *Il a mal dans tout le corps et particulièrement aux extrémités, surtout quand il essaie de bouger.* Il reste immobile dans son lit et n'ose pas bouger même pour satisfaire ses besoins naturels. Le syndrome douloureux ne diminuant pas, il est conduit avec beaucoup de précautions dans une clinique. La numération globulaire et la formule leucocytaire sont normales. Vitesse de sédimentation normale. Pas de fièvre. Un examen somatique attentif ne révèle aucune cause de ses douleurs. Toutes les articulations présentent un aspect normal. La pression des troncs nerveux et des masses musculaires n'est pas douloureuse. On fait, à tout hasard, des radiographies de la colonne vertébrale qui donnent des images normales. Le troisième jour après l'électrochoc, le malade reste immobile par crainte des douleurs, mais on remarque que *le mouvement passif des membres, exécuté avec précaution n'en provoque pas* : par exemple, l'épreuve de Lasègue ; mais si c'est lui qui essaie de mouvoir une extrémité, les douleurs sont si violentes qu'il en est empêché. Il recommence à être déprimé. Le tableau persiste avec les mêmes caractéristiques les deux jours suivants. Dès le début, des analgésiques divers lui ont été administrés (salicylate intraveineux, gardan, véramone, novalgine, etc.). On obtient ainsi un soulagement passager de ses douleurs, mais l'immobilité douloureuse persiste. Étant donné le résultat négatif des recherches organiques, on pense à la possibilité d'une origine psychogène des douleurs. Plusieurs essais de suggestion échouent. D'autre part, le malade désire que les douleurs disparaissent afin de pouvoir continuer le traitement, et le retard causé par son syndrome douloureux l'afflige. On pense à une *akinésie algique* et, étant donné d'une part le résultat négatif des recherches, d'autre part l'aggravation de la dépression, on décide de continuer le traitement malgré les douleurs. Après le quatrième électrochoc (le premier après les douleurs), il y a de nouveau une amélioration de son état dépressif et aussi de ses souffrances. Il peut se lever quoiqu'il ne puisse pas encore mener une vie normale. Au sixième électrochoc, la dépression et les douleurs cessent totalement. Il se sent plein d'entrain avec une légère euphorie. Un nouvel examen somatique et surtout neurologique donne des résultats négatifs.

Le malade n'a plus eu, jusqu'à présent, de nouvelle phase dépressive intense. Un an après le traitement, vers le milieu de 1944, il eut une légère dépression semblable aux précédentes, qui dura un mois et demi et cessa spontanément, sans altérer sa capacité normale de travail. Il n'a eu aucune maladie pendant ce temps.

Il s'agit donc d'un malade qui n'avait jamais eu de douleurs auparavant. Ce n'est pas un homme attiré par la douleur (pathique) au sens

de Fervers, c'est-à-dire dominé par l'attrait de la douleur. Au contraire, c'est un homme qui, en dehors des périodes de dépression, fait montre d'une énergie et d'une activité très grandes. Il rappelle quelques cas classiques en ce qu'il représente une certaine difformité (thorax en carène). En pleine crise dépressive, le premier électrochoc est appliqué. Ensuite apparaît une *akinésie algique* avec les caractères décrits dans l'histoire clinique. L'examen neurologique est négatif. L'examen somatique aussi.

Bechterew soutenait que l'*akinésie algique* était déterminée organiquement. Mœbius et Erb soutenaient le contraire et parlaient d'une *hallucination douloureuse* (psychalgie). Mais le terme même d'« hallucination » leur donne tort, car, s'ils l'emploient par analogie avec les autres hallucinations sensorielles, il faudra tout au moins reconnaître à celle-ci un caractère fonctionnel. Bechterew commet une erreur en affirmant l'existence d'une lésion organique; mais on ne peut pas non plus, à mon avis, interpréter l'authentique *akinésie algique* comme un symptôme psychogène.

A la suite de ce cas, mon attention étant attirée sur ce syndrome et la possibilité de le voir apparaître dans la thérapie par électrochocs, je l'ai recherché avec insistance. Je ne l'ai pas retrouvé sous une forme claire et évidente comme l'exemple cité, mais en revanche je l'ai revu sous sa forme mitigée dans d'autres cas. Il faut être prudent en affirmant son existence dans ceux-ci, car les douleurs d'origine musculaire et osseuse sont si fréquentes avec l'électrochoc et si constamment mêlées aux plaintes hypocondriaques, que la confusion est facile.

J'ai vu récemment un syndrome analogue d'*akinésie algique* dans un cas de tumeur temporo-occipitale droite (*). La douleur était limitée au bras et le malade ne la ressentait qu'en essayant de le mouvoir. Spontanément il n'avait pas de douleur. Il présentait en outre un syndrome thalamique, ce qui rend assez probable l'intervention du thalamus dans ces syndromes. Des investigations postérieures qui ne seront possibles qu'après l'accumulation d'un matériel suffisant devront poser aussi le problème du rapport entre l'*akinésie algique* et le *schéma corporel*.

Les faits apparaissent encore avec plus de clarté si on les compare à la *dysopsie algique*. Il s'agit d'une extraordinaire hyperesthésie des yeux à la lumière. Oppenheim et Nonne en ont décrit plusieurs cas. La vue de surfaces blanches ou claires comme la neige ou le soleil, ou la fixation des objets provoquant une douleur. Curschmann observa le cas d'une femme qui restait couchée dans son lit, les yeux fermés, et

(*) Ce sera l'objet d'un autre article.

qui ne sortait qu'avec des lunettes noires. Elle pouvait à peine lire à cause des douleurs oculaires. Ces troubles ne sont pas sans rapport avec l'*asténopie de Peters*. Cette hyperesthésie peut exister dans d'autres sens, comme l'ouïe ; Erb en a décrit un cas très curieux.

Mais ici, comme pour l'*akinésie algique*, il faut une grande précision de diagnostic. Un symptôme vaguement compris perd de son importance et n'est plus qu'une curiosité à ajouter aux abondants étalages de raretés qu'offre le musée de l'hystérie.

CAS P. E.

Elle se présente à la consultation parce qu'elle s'est fait dernièrement des piqûres de morphine et que cela l'a effrayée. Elle est profondément déprimée et attristée et n'a aucune envie de vivre. Elle ne veut voir personne. Bien que ce soit l'heure du crépuscule, elle porte des lunettes noires. Elle les garde toute la journée parce que la lumière la blesse. Elle a consulté des oculistes. La malade fut soumise à une psychothérapie prolongée au cours de laquelle fut démêlée toute une vie pleine d'échecs spirituels. Aucun souci matériel. C'est par intérêt que son père épousa sa mère qui est une débile mentale authentique. Il l'abandonna ensuite et épousa une autre femme dont il eut plusieurs enfants. La malade continua à vivre uniquement avec sa mère. Des circonstances particulières l'ont obligée à cacher même son nom de famille. Toute sa jeunesse s'est passée dans la solitude ; dernièrement, un échec amoureux a comblé la mesure. Elle fuit la lumière, comme la vie.

On peut voir dans ce cas que la douleur produite par la lumière est une symbolisation de la douleur provoquée par l'obligation de s'ouvrir au monde, de vivre dans le monde. Une tendance à l'échec nihiliste se cache derrière le besoin de porter des lunettes noires. La malade guérit.

Le mécanisme est tout autre dans le cas suivant :

CAS F. L. M., 26 ans. Médecin.

Antécédents familiaux : Son grand-père paternel mourut très âgé, on ne sait de quoi. La grand-mère, déjà âgée, se cassa le col du fémur en tombant et mourut des complications de la fracture. Du côté maternel, le grand-père mourut d'un carcinome du larynx et la grand-mère d'hémiplégie. Père emphysémateux ; mère en bonne santé. Trois de ses six frères ont des crises de migraine de même nature que les siennes, mais moins intenses. Marié, il a deux enfants vivants et sains. Rien d'important chez les collatéraux.

Antécédents personnels : Naissance normale. Allaitement maternel ; dentition, marche et développement du langage : normaux. Période scolaire normale. Rougeole.

A 8 ans, il se donna un coup à la nuque en tombant. Il perdit connais-

sance pendant trois heures environ. L'année suivante, nouvelle chute avec encore un coup à la nuque, mais sans perte de connaissance. A 14 ans, il reçut un coup sur le nez et se cassa un des cartilages. A 18 ans, fièvre de Malte. Il a eu parfois des poussées de rhumatisme articulaire dans les mains.

A 18 ans, étant à l'église, il eut une *sensation étrange dans la vue* : il voyait une quantité de choses bizarres telles que des toiles d'araignée, des mouches et d'autres images semblables. Il rentra chez lui y voyant à peine et perdit complètement la vue pendant une demi-heure. Au bout de ce temps, il recouvra la vue, mais un *fort mal de tête* fit son apparition et dura trois jours, après lesquels il commença à diminuer pour disparaître au sixième. Depuis lors, les crises se répètent avec une certaine fréquence et avec les mêmes caractéristiques. S'il se masturbe, la crise se produit, comme chaque fois qu'il a des relations sexuelles ou des pollutions nocturnes. Pendant la crise, il perd la vue dans la moitié gauche du champ visuel. Une amaurose complète ne s'établit que la première fois. Il éprouve quelquefois de la difficulté pour parler. La douleur est toujours frontale, très rarement occipitale, le plus souvent du côté droit, et s'étend rarement à toute la tête. Il signale comme cause provoquant la crise, en dehors des relations sexuelles, l'odeur de l'essence, le tabac, les boissons alcoolisées, les balançoires, etc. et toute situation pouvant lui donner le vertige. La migraine est parfois remplacée par une sensation de mal de mer, beaucoup plus désagréable que la douleur. Ce malaise dure autant que la crise et persiste bien des jours après. La nuit venue, il diminue et arrive même à disparaître. Il le décrit comme « un malaise qui s'étendrait dans tout le cerveau » et comme si « devant la mémoire ou l'intelligence tombait un voile qui l'empêcherait d'exécuter toute opération mentale ». Il ne peut même pas écrire automatiquement une ordonnance quelconque. *Aussi longtemps que dure le mal de mer, il ne peut sortir à la lumière, parce que cela provoque une augmentation considérable du malaise. C'est comme si celui-ci se transformait en douleur. Ses yeux clignent et il y éprouve un chatouillement.* Ces sensations oculaires ont fait penser à la possibilité de quelque maladie ophtalmologique. Les examens ont été complètement négatifs.

Les crises résistent à toute médication ; de nombreux médecins l'ont vu et il a été soumis à une infinité de traitements sans que les crises puissent ni être vaincues ni diminuées. Il porte toujours des lunettes noires et, *même en dehors des crises, redoute la lumière.*

Aucun antécédent syphilitique. Wassermann négatif. Les examens somatique et neurologique ne révèlent rien d'anormal. Le malade est déprimé par l'obstacle que représente sa maladie pour l'exercice de sa profession. Dans le Rorschach, il « persévère » un peu.

A mon avis, la sensation insupportable que produit la lumière a un lien étroit avec ses crises de migraine. J'ai déjà insisté ailleurs sur ce fait que les crises de migraine représentent une perturbation fonction-

nelle tellement légère de l'écorce cérébrale que leur analyse peut enrichir considérablement nos connaissances sur celle-ci. Les lésions organiques (hémorragies, traumatismes, tumeurs) nous montrent des altérations plus grossières des fonctions cérébrales.

La *dysopsie algique* de ce malade correspond sans aucun doute à une perturbation fonctionnelle de la cellule de l'écorce visuelle. Il ne s'agit pas seulement, à mon avis, d'une douleur psychogène, mais d'un symptôme distinct, semblable aux rafales lumineuses par lesquelles commencent si souvent les migraines. Il en serait de même si l'on transposait ces données du problème de l'*akinésie algique*.

On ne fait partout qu'une allusion sommaire à l'*akatisie* (*). Le symptôme fut décrit par Hascovec, et Bing lui prêta plus tard quelque attention. Il s'agit de l'impossibilité pour certains malades de rester quelque temps tranquilles ou assis. Le symptôme a été décrit à l'occasion du Parkinson postencéphalitique et de la paralysie agitante. Gamber y voit un rapport avec la *kinésie paradoxale* où les malades, qui ne pouvaient auparavant se mouvoir, sont capables tout à coup de sauter et d'effectuer des mouvements vifs et agiles.

Dans les cas de Haskovec, à qui on doit le terme, il s'agissait de malades hystériques, et Bing l'a transféré ensuite aux maladies organiques en l'appliquant à quelques cas de parkinsonisme postencéphalitique. Wilson considère qu'il s'agit d'un symptôme presque précoce de la paralysie agitante et s'en est occupé dans ses *Croonian lectures*.

J'ai trouvé ce symptôme plus fréquemment — malgré sa rareté — dans la maladie de Parkinson que dans le parkinsonisme postencéphalitique. Dans certains cas, comme le suivant, il pourrait être interprété comme succédant aux contractions musculaires (réflexe de raccourcissement).

Cas C. M., 70 ans.

Antécédents familiaux : Grands-parents et parents morts très âgés. Les séquelles d'artériosclérose cérébrale ont été fréquentes chez eux. Ils ont été sept enfants ; l'un d'eux a été interné pour oligophrénie.

Antécédents personnels : Développement normal. Règles à 14 ans, ménopause à 52 ans. Mariée, a cinq enfants sains. De 50 à 60 ans, elle eut des coliques hépatiques qui disparurent ensuite. Ni elle ni les parents qui l'accompagnent ne se souviennent d'aucune autre maladie.

Au début de 1940, elle commença à éprouver une certaine difficulté à mouvoir les bras et les jambes. La difficulté est plus grande dans les bras et particulièrement dans le bras gauche. Cela a augmenté de plus en plus

(*) De α privatif, et Καθίστημι (kathistêmi), s'asseoir.

et elle est devenue presque rigide. Le visage et les yeux n'ont plus d'expression. Difficulté dans la gorge, aussi bien pour avaler que pour parler, les deux choses la fatiguant beaucoup. Elle sent un grand malaise intérieur, comme une agitation. *Etant assise, elle a quelquefois l'impression de ne l'être point et, étant au lit, elle a aussi parfois celle de ne pas être étendue.* En précisant davantage, c'est comme une sensation « d'être en l'air ». *Etant au lit, elle a la sensation horizontale, mais il lui manque celle d'avoir un soutien sous le corps comme si elle était en l'air. Elle éprouve le besoin de changer continuellement de position.* Si elle laisse un membre immobile, il lui fait mal au bout d'un moment ; comme elle ne peut se mouvoir que très difficilement, quelqu'un se tient près d'elle avec la mission de changer constamment la position de ses membres et de tout son corps. Difficulté de marcher. *Elle se sent très soulagée de ses maux en prenant des cachets de caféine-aspirine. Elle est surtout soulagée du besoin de changer de position.* Constipation accentuée. Paresthésies des lèvres et de la langue.

L'examen montre un visage figé comme un masque, le regard fixe avec des rires et des pleurs spasmodiques. Les pupilles réagissent à la lumière et à la convergence, quoique lentement. Réflexe vélopalatin existant ; réflexe pharyngé très vif provoquant un accès de toux spasmodique. Palmomentonnier négatif, oculopalpébral très vif. Rigidité généralisée de tout le corps. Hypertonie plastique des extrémités supérieures et inférieures. Parfois un réflexe de préhension semble apparaître. Babinski et Rossolimo bilatéraux. Abdominaux abolis. Pendant tout l'examen, elle est très inquiète. Acatisie. Elle marche à petits pas. Déficit de la mémoire de fixation. Au rapprochement des insertions musculaires, le tonus plastique des membres augmente. Ce phénomène peut très bien s'observer dans la jambe en manœuvrant le tibia. Lorsque la contraction se produit, la malade proteste et souffre jusqu'à ce qu'un changement de position annule la contraction.

Type plutôt leptosome. Teint pâle. Second ton aortique un peu résonnant. Tension : 16/8. Polyurie. Nycturie. Wassermann négatif.

La genèse organique du cas suivant est, à mon avis, évidente. En revanche, il est impossible de découvrir chez le malade un seul phénomène de contracture de fixation des muscles.

Cas T. R. (597, série B).

Antécédents familiaux : Il n'y en a aucun d'intéressant. La mère souffrait de douleurs nerveuses. Elle a fait une fausse couche. Le malade n'a aucun antécédent pathologique dans son enfance ou sa jeunesse. Il nie les maladies vénériennes. Il ne boit d'alcool qu'aux repas, en petite quantité. Il a eu trois enfants ; sa femme est en bonne santé. Un de ses fils est tombé d'un échafaudage et a eu, à la suite du choc reçu — dit le père — « un ulcère à l'estomac ». Un autre fils est atteint de tuberculose pulmonaire. Le troisième est mort subitement d'une « attaque à la tête ».

Antécédents personnels : Le malade a souffert du foie (coliques hépatiques); il a fait une cure à Marmolejo et depuis n'en a plus eu.

Affection actuelle : Il y a dix ans, il commença à sentir *dans la main droite un tremblement qui l'empêchait d'écrire*. Ce tremblement s'étendit de plus en plus jusqu'à envahir le corps entier. Assis ou couché, on ne le remarque pas, mais lorsqu'il se met debout, parle ou fait des gestes, il ne peut se contrôler.

Il sent des douleurs surtout lorsqu'il est au lit et quelle que soit la position dans laquelle il s'étend. Il sent des douleurs dans tout le corps, mais surtout aux extrémités. Il ne peut rester que quelques minutes étendu ou assis dans la même position. Il lui faut en changer constamment.

Depuis très longtemps, il souffre d'insomnie qui, comme le tremblement, va s'aggravant. Nycturie : il se lève trois ou quatre fois par nuit pour uriner; l'urine est comme de l'eau. Il dit que quelquefois dans la rue il sent un malaise, mais très léger et qui disparaît tout de suite. Il a changé de caractère, est devenu très nerveux et s'excite à la moindre contrariété.

Examen : Type pycnique, très obèse. Paires crâniennes normales. Pupilles et fond d'œil normaux. Ni amimie ni sialorrhée; pas d'altération du langage. On ne trouve aucun signe pyramidal aux extrémités supérieures et inférieures. Pas de phénomène du tibia. Réflexes tendineux égaux et normaux. Pas d'altérations de la sensibilité, pas de troubles cérébelleux. Le malade a un tremblement statique des deux bras et des deux jambes, augmentant lorsqu'il se lève; mais, s'il exécute un mouvement rapide avec le bras, le tremblement disparaît pendant cet instant-là. Le tremblement a dix ou douze oscillations par seconde et s'étend à tout le corps lorsqu'il se met debout. La véritable qualification du tremblement serait « tremblement agitant ». Les mouvements des mains sont bien conservés; il n'y a pas le geste de « rouler des pilules ». On n'observe pas d'augmentation visible du tonus plastique. Pas de signe de roue dentée. Wassermann et complémentaires positifs dans le sang. Tension : 17/10. Bruit aortique résonnant. Le reste de l'examen est négatif.

Diagnostic : tremblement du type extrapyramidal. Acatisie. Syphilis (artérite cérébrale?).

À mon avis, ces phénomènes représentent un secteur plus accentué d'un groupe presque banal que l'on trouve à peine cité dans la littérature médicale et que nous pourrions appeler « impatience musculaire », nous servant de l'ancienne expression de Brissaud. Il s'agit d'un certain besoin de mouvement, surtout des jambes, presque douloureux, qui se présente d'habitude pendant la nuit et que seul un changement de position est capable de mitiger. Dans une question (*Fragen der Praxis*) à la *Deutsche Medizinische Wochenschrift* à laquelle répond v. Weizsacker, il l'appelle « Unruhige Beine ».

Le phénomène se présente chez des personnes d'âge moyen ou des

vieillards qui ne pourraient pas être qualifiés de neurasthéniques. Selon v. Weiszacker, les tares héréditaires semblent jouer un certain rôle, bien qu'on ne puisse pas parler d'une maladie héréditaire au sens spécifique. Son caractère non progressif démontre qu'il ne s'agit pas d'un processus.

J'ai pu voir récemment quelques cas de thymopathie dans leur phase dépressive (*). On peut conclure à leur genèse vasculaire. Von Weiszacker dit qu'on peut parler de paresthésie de la sensibilité proprioceptive, peut-être de la musculaire. Celle-ci se retrouve à un degré moindre dans l'agitation musculaire de beaucoup de personnes souffrant d'insomnie, de surmenage ou après un accouchement ou une opération. J'ai observé parfois quelque chose de semblable chez des morphinomanes pendant la cure de désintoxication.

Il est intéressant de signaler dans notre cas C.M. la coïncidence de l'akatisie et de la sensation « d'être en l'air ». Otto Pötzl a consacré un travail récent à cette dernière. Il l'attribue à une prédominance fonctionnelle du système « pulvinar - thalamus - écorce occipitale », et sur le système « methalamus » (corps genouillé externe) « écorce occipitale », atteint d'une lésion. Dans le cas cité plus haut, tout essai de localisation serait vain, car, quoiqu'il s'agisse de lésions prédominantes de l'hémisphère droit, elles ne sont pas exclusives et l'on peut présumer cliniquement que leur localisation est variée et disséminée. Je n'y ai fait allusion, comme je l'ai dit, qu'en raison de la coexistence et par conséquent de l'équivalence fonctionnelle des deux troubles.

A y regarder de près, *l'akinésie algique et l'akatisie sont comme l'avert et le revers d'une même médaille*. Dans l'*akinésie algique*, le mouvement produit une sensation spéciale que le malade qualifie de douloureuse, mais qui ne l'est pas à la façon, par exemple, d'une douleur musculaire rhumatismale. Ce qu'il y a, c'est une impossibilité motrice relative sans qu'aucun appareil proprement moteur ait de lésion. En revanche, dans l'*akatisie*, la difficulté est de rester tranquille. Une position musculaire continue produit une sensation spéciale d'intolérance : l'impatience musculaire de Brissaud.

A mon avis, il faut écarter, aussi bien dans un cas que dans l'autre, l'intervention de mécanismes psychogénétiques. Naturellement, si on emploie ces désignations *largam manu* pour d'autres cas semblables, nous nous trouverons devant des mécanismes purement psychiques. Mais, si on les emploie dans un sens strict, il n'y a aucun doute que

(*) Sur l'impatience musculaire dans la thymopathie anxieuse, voir mon livre *Angustia vital y círculo timopático*. Edit. Montalbe, Madrid, 1950.

l'origine de ces sensations ne se trouve dans une perturbation fonctionnelle. Il s'agit donc de symptômes nettement neurologiques.

Nous devons considérer cette délimitation et cette orientation comme préalables à des enseignements futurs. Il serait très intéressant de pouvoir localiser l'origine de telles sensations, mais le plus probable est qu'il s'agit de fonctions complexes qui peuvent s'intercepter en divers endroits. L'intervention du thalamus paraît la plus probable, ainsi que je l'ai déjà signalé. Chez notre malade C.M., les sensations disparaissent avec des doses assez fortes d'aspirine, et depuis les expériences de l'école de Vienne, nous savons bien comment on peut agir sur les fonctions thalamiques par des médicaments de cette série, surtout par l'afenil. Leur influence sur l'*akinésie algique* est également évidente.

La pathologie nerveuse a encore devant elle une immense *terra incognita*. La simple analyse de phénomènes cliniques comme ceux-ci permettra un jour de découvrir de nouveaux secteurs.

RÉSUMÉ

Au cours du traitement par électrochoc d'une dépression endogène apparaît un tableau d'*akinésie algique*. On nie le caractère psychogène de ce symptôme, accepté par tous les auteurs, depuis Erb jusqu'à Curschmann. L'auteur incline à croire qu'il s'agit d'altérations fonctionnelles et trouve un rapport entre l'*akinésie algique* et le phénomène dit des « jambes agitées » qu'il a observé chez beaucoup de thymopathes. La *dysopsie algique* appartient au même groupe de phénomènes et il en nie également la nature psychogène. L'*akinésie algique* forme comme le revers de la médaille de l'*akatisie*, décrite au début comme phénomène psychogène, mais dont on accepte aujourd'hui sans discussion la nature organique, après les expériences faites dans le Parkinson postencéphalitique et dans l'encéphalite léthargique. Il n'est pas encore possible d'attribuer une localisation déterminée aux phénomènes cités. Peut-être s'agit-il de perturbations, à divers endroits, d'une vaste corrélation fonctionnelle entre plusieurs secteurs anatomiques.

BIBLIOGRAPHIE

- BING. *Schweiz. med. Wschr.*, 2, 167, 1923.
CURSCHMANN. *Dtsch. Z. Nervenheilk.*, 58, 140, 1936.
ERB. *Dtsch. Z. Nervenheilk.*, 5, 3, 1894 ; 8, 1896.
HASKOVEC. *Wien. Klin. Wschr.*, 17, 123, 1904 ; *Rev. Neurol.*, 1, 107, 1901.
MCEBIUS. *Dtsch. Z. Nervenheilk.*, 1, 121, 1890 ; 2, 436, 891.
OPPENHEIM. *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*. Karger, Berlin, 1913.
WILSON. *Modern Problems in Neurology*. Londres, 1928.

Imprimé en Belgique

Des presses des Editions ACTA MEDICA BELGICA
Directeur : Jos. HILGERS, 44, Behrensheijde, Boitsfort-Bruxelles

INSTITUTO DE ESPAÑA
REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

LA RESPONSABILIDAD PENAL
DEL ENFERMO MENTAL

DISCURSO

para la recepción pública del Académico electo

EXCMO. SR. DR. D. JUAN J. LOPEZ IBOR

leído el día 5 de junio de 1951

y contestación del Académico numerario

EXCMO. SR. DR. D. PEDRO LAIN ENTRALGO



MADRID.—COSANO.—1951

11
2

LA RESPONSABILIDAD PENAL
DEL ENFERMO MENTAL

11

Artículo 1.º
Artículo 2.º

El Ayuntamiento de Madrid, en uso de sus atribuciones, ha acordado lo siguiente:

Artículo 1.º

Artículo 2.º

INSTITUTO DE ESPAÑA
REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

LA RESPONSABILIDAD PENAL
DEL ENFERMO MENTAL

DISCURSO

para la recepción pública del Real Decreto de 1951

LA RESPONSABILIDAD PENAL
DEL ENFERMO MENTAL

EXCMO. SR. DR. D. PEDRO LAÍN ENTRALGO



MADRID.—COSANO.—1951

LA RESPONSABILIDAD PENAL
DEL ENFERMO MENTAL

INSTITUTO DE ESPAÑA
REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Señores Académicos
Señoras y señores

LA RESPONSABILIDAD PENAL
DEL ENFERMO MENTAL

DISCURSO

para la recepción pública del Académico electo

EXCMO. SR. DR. D. JUAN J. LOPEZ IBOR

leído el día 5 de junio de 1951

y contestación del Académico numerario

EXCMO. SR. DR. D. PEDRO LAIN ENTRALGO



MADRID.—COSANO.—1951

MADRID — COLECCIÓN — 1921



EXCMO. SR. DR. D. PEDRO GARCÍA ESTEBAN

y secretario de la Academia Nacional de Medicina

Madrid el día 2 de junio de 1921

EXCMO. SR. DR. D. JUAN Y GÓMEZ IBARRA

Presidente de la Academia Nacional de Medicina

DISCURSO

DEL EFECTIVO MENTAL
Y LA RESPONSABILIDAD PENAL

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

INSTITUTO DE ESPAÑA

Señores Académicos:

Señoras y señores:

¿Qué significa para mí este solemne acto de ingresar en la Real Academia Nacional de Medicina, de entrar a formar parte de su cuerpo vivo? Las Academias tienen sus funciones específicamente señaladas en sus reglamentos. Pero, por debajo de ellas, como savia interior de su vida misma, se halla la de incorporar la tradición a la vida actual. El ingresar en la Academia supone, pues, participar de un modo personal y directo en esa continuidad histórica. De ahí que el honor que me habéis concedido al elegirme alcance a más que a un simple nombramiento. De ahí, también, que mi agradecimiento sea más profundo; al expresarlo públicamente, cumplo un rito tradicional que es, a la vez, un sentimiento vivo en mi espíritu.

Señores Académicos:

Señoras y señores:

Que significa para mí este solemne acto de ingresar en la Real Academia Nacional de Medicina, de entrar a formar parte de su cuerpo vivo? Las Academias tienen sus funciones específicamente señaladas en sus reglamentos. Pero por debajo de ellas, como savia interior de su vida misma, se halla la tradición, la tradición a la vida actual. El ingresar en la Academia supone, pues, participación de un modo personal y directo en esa continuidad histórica. De ahí que el honor que me habéis concedido al elegirme alcance a más que a un simple nombramiento. De ahí también, que mi agradecimiento sea más profundo; al expresarlo públicamente, campo un rito tradicional que es a la vez, un sentimiento vivo en mi espíritu.

D. ANTONIO GARCIA TAPIA

Conocí personalmente a D. Antonio García Tapia en los últimos años de su vida. En su figura menuda destacaba el fulgor de su mirada. Todo en ella hablaba de una reciedumbre interior. Ante él, me hacía una pregunta que suelo dirigirme ante toda personalidad que llama mi atención: «Si no hubiese sido otorrinolaringólogo, ¿qué hubiera podido ser?» Me parece que en la respuesta a tal pregunta se encuentra la clave de muchas personalidades. En D. Antonio García Tapia, la respuesta era evidente: hubiera sido «fundador» o «colonizador». Estaba hecho de la madera de los grandes fundadores o colonizadores. Si hubiera existido en otro tiempo, hubiese realizado una obra que, en su estructura, hubiera resultado pareja con la que efectuó. Hay quien nace con impulso a crear y a dominar sobre lo creado. Lo mismo da que la tarea se muestre en forma de isla desconocida, de tribu primitiva o de especialidad científica. Con D. Antonio García Tapia, la Otorrinolaringología experimenta el salto que la convierte de especialidad poco cultivada y casi inexistente, en una de las más brillantes, fecundas y valiosas de nuestra Medicina actual.

Ved, además, cómo se realiza el proceso. Comienzos duros, aprendizaje difícil, elementos que se toman de aquí y de allá. No era D. Antonio heredero directo de ninguna escuela. Se repetía el hecho tantas veces acaecido—y comentado—en nuestro país. En España, país tradicional por antonomasia, donde se conservan tan puras ciertas formas de vivir ya pasadas, sólo porque fueron pasadas, no existe la tradición científica. Cada cual empieza casi de nuevo,

sin que nadie le legue una antorcha que nadie encontró encendida. Esta circunstancia determina en el neófito científico un cierto complejo de inferioridad. D. Antonio García Tapia fué a Londres para asistir al Centenario de Manuel García, en representación de la Academia Médico-Quirúrgica Española. Publica en 1905 un libro sobre *Manuel García, su influencia en la Laringología y en el Arte del Canto*. En él se encuentra una amplia referencia de los actos del Centenario; se siente orgulloso de que un español haya dado pie al nacimiento de la Laringología y entre tantos primates de la ciencia se siente anonadado. «Yo tuve el extraordinario honor, cuyo recuerdo no me enorgullece, sino que me anonada, porque me pareció una irreverencia, de estar sentado frente al Profesor Chiari (de Viena)...». Y más adelante: «Del ensimismamiento que, naturalmente, hubo de causarme la estrecha vecindad de hombres tan preclaros...» Preclaros ellos, pero preclaro también él. Años más tarde, en 1932, preside el Congreso Internacional de Otorrinolaringología. Por entonces, su obra estaba hecha, había dado su nombre a un síndrome y a una operación, había fundado una Revista, había publicado numerosos trabajos y como profesional había logrado un éxito no superable. Es decir, lo que no le dió la tradición, lo que no pudo heredar como Delfín de ningún reino, lo conquistó paso a paso, pero con ímpetu seguro. Había llegado a ser *primus inter pares* y ya podía sentarse a cualquier mesa honrándola él mismo con su presencia.

En la antología de sus trabajos científicos, publicada con motivo de su jubilación por sus discípulos y compañeros, se encuentra una selección de los más importantes. La Antología lleva un prólogo humano y encendido de Marañón: «Vais a leer, los que paséis la vista por estas páginas preliminares a una obra ingente, el esquema de una vida ejemplar». En el *Boletín de la Real Academia de Medicina* se inserta una lista de sus trabajos, cargos y condecoraciones. Por tanto, es innecesario que yo repita ahora los datos allí contenidos.

Pero si me importa señalar, precisamente por lo que tiene de ejemplares, algunas otras nevaduras de su obra.

Su calidad de fundador rebasó el ámbito de la especialidad misma. En otra época, hubiese fundado una colonia en el Africa Ecuatorial o qué sé yo dónde; en ésta, ligado como estaba por su vocación a la Medicina, su ímpetu tenía que contenerse y dar sólo pequeñas muestras—en Riaza, en Alicante, en el mismo Sanatorio Villa-Luz—de lo que era capaz. Muchas veces he hablado del carácter fundacional de la Medicina española, que mana de uno de los montanares del modo de ser del español. Todo el ámbito del país se halla sembrado de fundaciones, algunas tan eminentes como la que hizo el P. Jofre, del primer manicomio. En este punto, D. Antonio García Tapia continúa la línea más auténtica del español.

La atracción por la figura de D. Manuel García se halla indudablemente dictada por alguna secreta analogía psicológica. D. Manuel García es un profesor de Canto que se hallaba irresistiblemente atraído por la necesidad de conocer los secretos de la laringe humana. Se aunaba en él, de un modo singular, el empirismo de una profesión con el auténtico deseo de conocimiento científico. Lo mismo ocurre en D. Antonio García Tapia. Práctico eminente, habilísimo cirujano, experto conocedor del enfermo, de sus males y de su psicología, todo ello no le bastaba. Y por eso pasó largos años de su vida dedicado a los problemas más abstractos de su especialidad. Su discurso de ingreso en esta Real Academia (1918) versó sobre «Las funciones del laberinto posterior y su exploración». Escrito en un limpio castellano, lleno de vigor, su lectura constituye, todavía hoy, un placer para la inteligencia. Como todo buen fundador, don Antonio tenía una mente organizada y organizadora: en sus trabajos científicos se adivina esa zarpa arquitectural, esquemática y constructiva que mostró en todos los actos de su vida.

Supo llevar su éxito profesional como debe llevarse: como una pesada carga llena de responsabilidad. «Pregun-

tad a los médicos más famosos—decía—o a los médicos de los magnates. Ellos os dirán las mil ocasiones en que hubieran cambiado su encumbrada posición, expuesta por lo mismo al más resonante de los fracasos y aun a las más injustas acusaciones, por la bien tranquila del más humilde de los trabajadores de laboratorio.» El médico, en esto, se parece al político. A medida que crece su fama, siente más aguda su responsabilidad. Si los enfermos se multiplican, también se multiplica su entrega, y cada acto de su profesión es un trozo de vida que deja en las manos de aquellos. El acto médico, aun en su más puro aspecto técnico—una intervención quirúrgica—, tiene un carácter itinerante. Médico y enfermo caminan juntos, juntan sus vidas, aunque sea por corto trecho, y en ese contacto, es el médico quien generosamente da no sólo su ciencia, sino su vida misma. Por eso fatiga tanto ser médico, y vemos a algunos, ya en la cumbre, como D. Antonio García Tapia, cansados, irremisible e irrevocablemente fatigados.

Le vi por última vez cuando ya se hallaba próximo a su fin. Su organismo era como un barco que se resquebrajase después de largas, penosas y difíciles navegaciones; pero había algo que siempre me impresionaba—lo que vi en él la primera vez—, el fulgor de su mirada, trasunto del fulgor de su espíritu. Porque en aquel cuerpo pequeño, débil y a punto de desmantelarse, anidaba un espíritu poderoso y lúcido, que no se resignaba con facilidad a que le fallasen sus instrumentos. Su llama seguirá ardiendo viva en nuestro recuerdo y siempre veremos en él un hombre ejemplar en la Medicina española, del que hablaremos de vez en cuando a nuestros hijos, a nuestros colaboradores y a nuestros discípulos, para que su recuerdo perviva también en ellos.

LA FORMULA PENAL

El Código penal de 1944, que es el vigente, en fórmula transcrita de su anterior, el Código de 1932, dice:

«Están exentos de responsabilidad criminal: el enajenado y el que se halla en situación de trastorno mental transitorio, a no ser que éste haya sido buscado de propósito para delinquir.»

«Cuando el enajenado hubiese cometido un hecho que la Ley sancionase como delito, el Tribunal decretará su internamiento en uno de los hospitales destinados a los enfermos de aquella clase, del cual no podrá salir sin previa autorización del Tribunal.»

EL ENAJENADO

El uso de la palabra «enajenado», tomada del lenguaje popular y no técnico, constituye, sin duda alguna, un acierto, cuyo alcance voy a tratar de señalar.

Cuando se enajena una propiedad, ésta deja de ser mía y pasa a ser de otro. El enajenamiento supone, pues, que algo deja de pertenecer a uno mismo. En el hombre que se enajena, ese algo que deja de pertenecer a él son sus actos propios; porque no le pertenecen, el Código le declara irresponsable (1).

Existe aquí, implícita, toda una teoría de la persona humana, que conviene desentrañar. Frente a la realidad que

(1) *Ageno*. Latín *alienus*, *a*, *um.*, lo que es de otro y no nuestro. Lo que no es dado ni conviene a una persona, dezimos que le es ageno. Enagenar, dar a otro lo que es propio, suyo. Enagenación, la tal obra de enagenar, o dándola, o vendiéndola, o trocándola. Enagenado, el que está fuera de sentido.

(Del *Tesoro de la Lengua Castellana*, de Sebastián de Covarrubias. 1611.)

nos circunda, cada cual se afirma como un ser distinto de aquello que le rodea. La afirmación de esta autonomía equivale a la aserción de que existe en cada uno de nosotros un «yo» capaz de realizar unos actos, de mantener una conducta. El problema tiene un hondo calado filosófico; porque no es sólo que el «yo» sea propietario de unos actos, como puede ser propietario de un objeto, sino que el «yo» se afirma en su existencia por la vía de sus mismos actos. El «yo» existe en tanto en cuanto se realiza, y la realización supone la acción en cualquiera de los planos que se ejecute.

Si el «yo» existe en tanto en cuanto se realiza, es que puede realizarse en esta u otra forma, de esta o de aquella manera; es decir, puede elegir los diversos parámetros sobre los que construir las curvas de su acción. Si puede elegir, es que tiene libertad para hacerlo. En la intimidad personal se hallan intrínsecamente enlazadas la vivencia de la actividad del «yo» con la vivencia de su libertad; si en nuestra intimidad nos sentimos libres, también nos sentimos responsables de nuestra elección. Actividad, libertad, responsabilidad emanan del mismo núcleo de nuestra intimidad: son, digámoslo de una vez, nuestro modo peculiar de existir.

Pero, se dirá: el «yo» asienta en nuestro cuerpo. ¿Es que somos libres frente a nuestro cuerpo? El «yo» constituye una potencia activa que se mueve frente al mundo exterior y frente al mundo interior. Del mundo exterior nos vienen los estímulos físicos, los móviles interhumanos; del mundo interior nos vienen los impulsos instintivos. Aquí encuentra el «yo» sus fronteras; pero es un error creer que el «yo» es un puro resultado de la coalición de las formas exteriores e interiores, como un centro de reflexión. El «yo» posee la efectividad suficiente para asimilar y dirigir, dentro de ciertos límites, los impactos externos e internos. Estos límites son los que constituyen la vida personal. Frente a los impulsos internos, a los que emanan de la personalidad, el «yo» decide absorberlos, alentarlos o inhibir-

los, según concuerden más o menos con su proyecto vital. El «yo» los tiene en cuenta y los necesita, pero no se disuelve en ellos. El instinto logra que en cada acto humano se proyecte lo que de somático, orgánico y automático hay en el hombre; pero el verdadero acto humano, aun en sus grados inferiores, muestra siempre la punta buida de su autor, que, en el fondo, es la punta del espíritu clavada en la carne.

Nacemos, maduramos y envejecemos. Muchas de nuestras células han cambiado. Exceptuando las neuronas, ¿cuántas de aquellas con que venimos al mundo subsistirán cuando descendamos a la tumba? El niño vive en su instante presente una vida siempre nueva y rica. El anciano se halla oprimido por su pasado. A lo largo de los años, el ser humano se comporta como un nómada en la vida. Pero, a pesar de tanta variación, algo hay que siempre persiste. Y ese algo no es accidental, sino sustancial, la sustancia misma de cada uno que forma—utilizando la expresión senequista de Ganivet—, su eje interno. El «yo», pues, mantiene a lo largo de la vida la identidad de sus proyectos de acción, por múltiples y variados que sean. *Esta identidad concede a cada vida humana un cierto sentido.* Cada acto humano se halla engendrado por el antecesor, pero supone una anticipación del venidero.

Todo eso es, pues, la inmensa propiedad del «yo». Tiene sus límites en el mundo físico externo y en el físico interno, pero dentro de su espacio vital se mantiene libre, y por su libertad engendra de un modo continuamente renovado su proyecto de vida, que le es peculiar y propio.

Hay veces, empero, en que esa actividad del «yo» no le es propia; su actividad se ha enajenado. Es la locura, la enfermedad mental. Enfermo mental es aquel cuyos actos resultan ajenos, extraños, fuera de su propia vida o camino. En los diversos vocablos que se emplean para designar al enfermo mental, se contiene esa idea (por ejemplo, desvariar, desquiciar, delirar, etc.).

PSICOSIS, PSICOPATIAS Y NEUROSIS

En términos técnicos, los trastornos mentales pueden agruparse bajo tres grandes rúbricas: las psicosis, las personalidades psicopáticas y las neurosis o reacciones vivenciales. Las psicosis son las auténticas enfermedades mentales. Las personalidades psicopáticas son variantes de la personalidad, y las neurosis o reacciones vivenciales anormales son modos de elaborar anómalamente estímulos emocionales.

Las psicosis se han constituido—tras una larga, penosa y dubitativa peregrinación nosológica—sobre el esquema de las enfermedades somáticas. De este modo resulta que las psicosis son enfermedades somáticas en las que los síntomas psíquicos adquieren la prevalencia. Un tuberculoso pulmonar puede tener una ligera euforia; esta modificación de su psiquismo no constituye todavía una auténtica psicosis. En la psicosis, la sintomatología psíquica ocupa el primer plano, como, por ejemplo, ocurre en la parálisis general. Esto no quiere decir que sea lo más característico, ni la piedra de toque para el diagnóstico. En la misma parálisis general, los síntomas sobre los que se apoya el diagnóstico son, en buena parte, somáticos (rigidez pupilar a la luz, disartria, reacciones específicas del líquido, etc.); pero lo que concede definitivamente el carácter de parálisis general al cuadro clínico es, a la postre, la sintomatología psíquica.

Aparte de las psicosis, cuyo correlato somático es conocido, existen otras cuya base somática se *presupone*: me refiero a la esquizofrenia y a la psicosis maniaco-depresiva. En ellas, la sintomatología psíquica es no sólo prevalente, sino exclusiva. Los síntomas somáticos que pueden acompañarlas no son siquiera de segundo plano. Y, sin embargo, por analogía a lo que ocurre con las otras psicosis, se les supone una base somática y se espera que la investigación logre un día ponerla al descubierto.

Ambos subgrupos de enfermedades, tengan o no una

base somática conocida, se diferencian profunda y, casi radicalmente, de los otros dos, a saber: de las personalidades psicopáticas y de las neurosis o alteraciones psicorreactivas. En aquéllas, *en las auténticas psicosis, la continuidad de sentido de la vida ha experimentado una quiebra.*

He aquí cómo quedan enlazadas estas reflexiones con las anteriores. La realización por el «yo» de un proyecto vital en el cual mantiene su identidad consigo mismo, indemne a cualesquiera vicisitudes que atraviere, es, en definitiva, realizar una forma de vida *con sentido*. Los actos de la vida psíquica se caracterizan por hallarse ensamblados unos con otros formando una estructura, según la terminología de DILTHEY y SPRANGER. La relación que ofrecen los diversos miembros de la estructura se halla constituida por aquel lazo espiritual que se llama *tener sentido*. El acto aislado se halla siempre *referido* a la totalidad *y posee un valor* en cuanto pertenece a ella. Los actos de nuestra vida individual se hallan siempre referidos a la totalidad de nuestro proyecto de vida, responden a él. Cada acto surge del otro como un lobezno de un lobo, creado por él; por eso nace cargado con un pasado—una especie de intrahistoria personal—y suspendido de un porvenir que ya está en él en cuanto proyecta el acto siguiente.

Todo esto forma, pues, una estructura *comprensible*. En la psicopatología actual se barajan mucho, desde JASPERS, los términos de comprender y explicar. Su importancia es capital para el problema a que nos estamos refiriendo. La explicación es el método de la ciencia natural. Un fenómeno físico A es la causa de otro B. La relación de causa a efecto se incluye en la categoría de la explicación. Se explica la reflexión de la luz, el origen de la lluvia, la caída de un cuerpo pesado. La vida psíquica, por el contrario, la auténtica vida psíquica, no puede explicarse, sino comprenderse. No se explica que yo lea ahora mi discurso como un fenómeno físico. Podría leerlo o no leerlo, podrían ustedes escucharlo o no. La lectura de mi discurso no tiene *una causa, sino un motivo*. La relación entre motivo y ac-

ción se comprende, no se explica. En el ser humano se dan ambas series de fenómenos. El corazón se acelera por un esfuerzo: también puede acelerarse por una noticia que reciba. La noticia consta de unas palabras que oigo: el componente físico, la vibración aérea no es, en este caso, la promotora de la aceleración cardíaca, sino su *contenido*, lo que las palabras *significan* en forma de noticia alegre o triste.

Hay dos formas esenciales de comprensión psicológica: en una, trátase de *revivir en nosotros mismos* la relación vivencial del ser que examinamos. En la otra, se intenta descubrir el *sentido* de la vivencia, engarzándola en una estructura psíquica, en una totalidad psíquica.

La diferencia entre comprender y explicar ha servido, precisamente, para aislar las psicosis auténticas de las reacciones vivenciales anormales. En las reacciones vivenciales, las neurosis, nos encontramos con reacciones comprensibles. Las psicosis esquivan siempre a la total comprensión, por eso nos resultan extrañas o absurdas, «incomprensibles». Los síntomas de las psicosis serán secundarios o primarios, según sean o no comprensibles. Los síntomas primarios no son comprensibles, sino explicables y, por lo tanto, debemos referirnos siempre a su soporte somático, a su *somatosis*.

He aquí, pues, por qué el psicótico, cuando realiza un acto criminal como manifestación de su conducta psicótica, es irresponsable. La psicosis ha quebrado la continuidad de sentido de su vida psíquica. *La estructura se ha roto; el acto ya no es un miembro de aquella estructura, sino algo que no es propio—en esta ultimidad psicológica— del sujeto que lo realiza. El acto es la manifestación de la conducta de un enajenado.*

Lo que ha roto la estructura es la corporalidad enferma. El esquizofrénico que mata a su hermano porque ve en él un gesto preñado de amenazas de muerte, ha obrado así porque su proceso somático morboso le ha infiltrado una significación anómala a un gesto inocuo: significa-

ción anómala que no es única, sino que va envuelta en un mundo de significaciones análogas. La hostilidad supuesta de aquel ser humano, en este caso, era simplemente un eslabón más en una cadena de hostilidades del mundo que le rodeaba.

En principio, pues, las psicosis constituyen eximentes de responsabilidad. Los psicóticos son los enajenados, en el sentido del Código Penal. Es necesario, sin embargo, hacer una salvedad. La psicosis ha de ser diagnosticada como tal, es decir, por la existencia de una sintomatología psíquica puramente. Un sifilítico con una rigidez pupilar y un líquido céfalorraquídeo positivo, puede ser o no ser todavía un paralítico general. Más adelante precisaremos algunos puntos al examinar las diversas enfermedades.

PEDRO MATA, en la segunda edición de su *Tratado de Medicina Legal* (1846), establece unos criterios para el diagnóstico diferencial entre pasión y locura, cuya línea fundamental coincide con la que acabo de señalar (1). Estos criterios elaborados «entregándose día y noche al profundo estudio de este difícilísimo problema» son:

«1.º El acto cuerdo o apasionado tiene una razón moral, un porqué, un motivo razonable; el acto loco carece de él. 2.º El acto cuerdo tiene historia; el loco, no. 3.º El acto cuerdo no está aislado de otros iguales, análogos o que le preparen; el loco, sí. 4.º El acto cuerdo se ejecuta con plan, más o menos rápidamente concebido, y puede tener cómplices; el acto loco no suele tener plan y nunca hay cómplices. 5.º En el acto cuerdo hay relaciones entre él y las condiciones orgánicas y sociales del autor; en el loco, faltan. 6.º El acto cuerdo lleva consigo una intención relativa y refleja; el loco la tiene absoluta y directa. 7.º En el acto cuerdo hay siempre armonía entre las ideas y voluntad del autor y lo que ejecuta; en el loco, falta o puede faltar esa armonía; en muchos casos, hay completa dis-

(1) Véase, además, TOMÁS CARRERAS ARTAU: *Médicos-filósofos españoles del siglo XIX*.

(Consejo Superior de Investigaciones Científicas. 1950.)

»cordancia. 8.º El acto cuerdo revela hábito, ya que no de
»otros iguales, de otros análogos; el acto loco jamás es
»efecto de hábito alguno. 9.º En el acto cuerdo, es lo más
»común que el sujeto huya el castigo, se sustraiga a la
»mano de la justicia y sienta los remordimientos de lo que
»ha hecho; en el loco, no sucede eso más que rara vez, no
»huyen, no niegan el hecho y a muchos no les causa senti-
»miento alguno.»

Cierto es que muchas de estas notas distintivas quedan en la superficie y no alcanzan la medula del problema; pero su línea general sí la logra, con aguda penetración. Lo esencial es que el acto cuerdo tiene historia, y el loco, no. *Mejor diríamos que el acto cuerdo pertenece a una historia, y el loco, no,* quedando en la pura anécdota patológica. El acto cuerdo emana de una conducta que posee un sentido y en la cual se incluye el delito mismo; por ejemplo, la muerte del rival en una gran pasión amorosa. En cambio, el acto loco surge «insensatamente», ajeno a la propia historia individual. En su entraña misma, es, también, incomprensible y, por tanto, ahistórico, en tanto historia supone siempre tener un sentido.

PERSONALIDADES PSICOPATICAS

El concepto de personalidad psicopática no se puede incluir, según muchos autores, y especialmente según K. SCHNEIDER, en el de enfermedad. La cuestión alcanza su verdadera importancia cuando se consideran sus repercusiones sobre la Psiquiatría forense. Si llamamos enfermo mental a cualquier sujeto que presenta alguna anomalía psíquica, convertiremos al mundo en un inmenso manicomio. La exageración es evidente.

La enfermedad somática se caracteriza por la presencia de un trastorno orgánico o funcional que produce una disminución de la sensación de bienestar o de la capacidad vital. El concepto no se mantiene, como se ve, en puros términos de ciencia natural. Esto sólo se consigue cuando

se define la enfermedad como desviación del término medio, pero esta definición ha sido ya muchas veces criticada, para que de nuevo la enjuiciemos ahora (por ejemplo, la caries dental es, en algunas colectividades, más frecuente que los dientes sanos).

Una enfermedad produce sensación de malestar o amenaza la vida o sus rendimientos, pero estas apreciaciones dependen de la idea que tengamos de la vida humana y de su finalidad. Existe en la anterior definición un primer término, el del trastorno funcional u orgánico, que constituye la medula de la definición de la enfermedad. Lo que ocurre es que entre la alteración fisiológica y patológica, la diferencia puede ser gradual, y el punto en que comienza lo verdaderamente morboso está determinado por la idea del fracaso del organismo, que, a su vez, depende de las exigencias a que lo sometamos, o de la idea que tengamos de estas exigencias.

Todas estas inseguridades aumentan cuando se trata de definir la enfermedad mental: porque el criterio del fracaso o éxito en lo psíquico se halla inseparablemente unido al de los valores sociales, que son más vagos, imprecisos, variables y difíciles de definir que los valores biológicos. Un hombre fanatizado por una idea resultaría normal en una sociedad que mantenga esa idea; anormal, en otras. Aun en la misma comunidad, las conveniencias y principios sociales pueden variar con los tiempos.

El criterio, pues, más seguro es el de atenerse, cuando sea posible, a la presencia de una enfermedad somática para el diagnóstico de una enfermedad psíquica. No es que el modelo de la enfermedad psíquica se construya sobre la somática, sino algo más: *que se exige su presencia o, al menos, se postula.* (K. SCHNEIDER.) Este es el criterio que ha permitido circunscribir, como hemos dicho antes, las auténticas psicosis.

Pero este criterio fracasa, al parecer, frente a las personalidades psicopáticas. No hay *enfermedad somática* que les sirva de trasfondo. Las personalidades psicopáticas son

personalidades anómalas. Es decir, que se desvían en más o en menos del término medio. Dentro de las personalidades anómalas, circunscribimos el grupo de las psicopáticas, que comprende aquellas que, precisamente *en virtud de su anormalidad*, sufren o hacen sufrir a la sociedad. Esta es la definición más comúnmente aceptada, y se debe a K. SCHNEIDER.

Conviene tener bien clara esta definición en su género próximo y en su específica diferencia cuando se trata de asuntos de Psiquiatría forense, porque nos permitirá delimitar los casos que son propiamente de la competencia psiquiátrica de los que no lo son. El género próximo habla de una variante constitucional (personalidad anómala); la diferencia específica habla de un conflicto individual o social, a consecuencia de aquella variante. Por eso se han dividido los psicópatas en dos grandes grupos: «los que fracasan» y «los que perturban». Los individuos que resultan anómalos socialmente no son forzosamente psicópatas; tal ocurre, por ejemplo, en los asociales en su conjunto, los vagabundos, las prostitutas y tantos otros grupos de gentes que viven en los aledaños de la comunidad social. Lo mismo podemos decir de los criminales. Existen criminales psicópatas y otros que no lo son. La conducta del criminal se aparta de la conducta social normal; pero para que califiquemos a un criminal de psicópata se necesita que la anomalía de su personalidad sea, por decirlo así, previa a su criminalidad. La confusión entre criminal y psicópata es la que se halla implícita en la vieja tesis lombrosiana del criminal nato. No hay ningún criminal nato, sino psicópatas (o enfermos mentales) que cometen actos criminales.

Como se ve, el concepto de psicópata nos plantea el problema de la responsabilidad penal de otra manera. *El psicópata no es un verdadero enajenado*. Sus actos emanan de su personalidad como actos naturales a la misma. No se trata ya del acto extraño, absurdo, heteróclito, del salto en el vacío, que es el verdadero acto psicótico. La pre-

sencia de una psicopatía no tiene, pues, carácter eximente en términos forenses.

Sin embargo, un grave problema se plantea; porque, en fin de cuentas, no son seres normales. De ahí surgió la idea de la *responsabilidad atenuada* de los psicópatas. Rápidamente se vió que, en lugar de una solución, era un verdadero semillero de dificultades. El esquema lógico es el siguiente: el psicópata es *medio-normal*; por consiguiente debe tener una pena atenuada. Pero si la pena se atenúa, está en libertad más tiempo que el criminal; como quiera que su constitución le impulsa a una conducta asocial, la atenuación de su pena se convierte, quiérase o no, en una patente de corso. Más bien, desde el punto de vista de la profilaxis del crimen, el psicópata criminal debería estar más tiempo detenido o retenido que el criminal no psicópata; pero, además, debería estarlo en establecimientos especiales. Todas estas dificultades han quitado mucho vigor al empeño de los que se batían, sin condiciones, por la responsabilidad atenuada (véase sobre todo el libro de WILMANNNS).

Desde el punto de vista de la imputabilidad, la cuestión ofrece nuevas dificultades: el tránsito entre el psicópata y la personalidad normal es paulatino. ¿Dónde establecer un límite de lo que cae bajo la esfera de acción del psiquiatra? *En la práctica, sólo los grados muy graves y complicados de psicopatía deben equipararse a los enajenados.* En esto, las opiniones son contestes.

LA LIBERTAD DEL PSICOPATA FRENTE A SI MISMO

Quisiera, ahora, precisar algo más mis propias opiniones sobre problema tan importante. En las psicosis existen dos fragmentos ensamblados: uno, la enfermedad corporal que le sirve de soporte; otro, la quiebra en la estructura de la vida psíquica. Ambas se hallan, no superpuestas, sino intrínsecamente unidas. La mayoría de los psiquiatras profesan la tesis del paralelismo en la comprensión de las

relaciones psicofísicas o psicosomáticas, y para evitarse mayores objeciones, hablan de un paralelismo empírico. Las psicosis resultan, así consideradas, el correlato de las somatosis. De este modo se establecen los dos grandes grupos de trastornos mentales, con un abismo que los separa: de un lado, las psicosis; de otro, las anomalías psíquicas (personalidades psicopáticas y anomalías psicorreactivas). Son los frutos del más acerado cartesianismo, transportados al terreno de la Psiquiatría clínica.

Pero el caso es que esta postura ofrece dos flancos fácilmente atacables. Desde el punto de vista de la teoría, resulta más profunda y conforme a los hechos la tesis de la *unión sustancial* del alma y del cuerpo, que, formulada en términos psicológicos, quiere decir que cada acto humano—sano o morbo—se halla embebido por una presencia corporal y una presencia espiritual. Desde el punto de vista clínico, la separación entre psicosis y personalidades psicopáticas no puede hacerse de un modo tan tajante. Existen en los períodos de comienzo de algunas psicosis, alteraciones de la conducta que se imponen como psicopáticas. En la senilidad se han descrito las alteraciones seniles del carácter (SCHEID); en la fase preliminar de la parálisis general también existen alteraciones de la conducta que no alcanzan la profundidad de las psicóticas. El alcohol y otros tóxicos pueden provocar acciones parecidas. En todos estos casos, la estructura de la vida psíquica, su continuidad de sentido, no se halla quebrada; a lo más, amenazada.

En las psicosis endógenas (esquizofrenias y psicosis maníacodepresivas), el problema se plantea más agudamente. Frente a la tesis de SCHNEIDER, de separar tajantemente psicosis y psicopatía (por ej., depresión endógena y personalidad psicopática), se mantiene por KRETSCHMER la tesis de la transición gradual entre normalidad y psicosis de este modo:

Ciclotimia → cicloide → psicosis maníacodepresiva.

Esquizotimia → esquizoide → esquizofrenia.

Los ciclotímicos y los esquizotímicos serían variantes temperamentales dentro de la normalidad; los cicloides y esquizoides, variantes psicopáticas, y, al final, se instalarían las auténticas psicosis. El que se exija o no la existencia de un nuevo factor somático que desencadene las psicosis, es secundario desde el punto de vista del tránsito gradual, por acentuación del cuadro psíquico entre los diversos términos de la serie. No vamos a detenernos ahora en la crítica de la tesis de KRETSCHMER, que se ha hecho muchas veces hasta lograr desmantelarlas en sus trabantes fundamentales. Aun los que admiten el tipo esquizoide como tipo clínico y no sólo como construcción teórica, se ven forzados a reconocer que no constituye un antecedente necesario de la esquizofrenia. Hay muchos esquizofrénicos cuya personalidad anterior es anómala, sin ofrecer, precisamente, los rasgos del esquizoide.

El tránsito entre la normalidad y la psicosis maniaco-depresiva es para mí, evidente, en contra de la opinión de K. SCHNEIDER. En esto me mantengo junto a la opinión clásica de BUMKE, si bien por razones distintas. SCHNEIDER define la depresión endógena (melancolía) como una depresión de los sentimientos vitales. La *tristeza vital* es distinta, radicalmente distinta, de la tristeza motivada; por ejemplo, de la tristeza que nos produce la noticia de una desgracia. La primera es una tristeza endógena, sin motivo exterior, que surge como una condensación que procediese de los propios plasmas vitales. Pero, a mi modo de ver, los sentimientos vitales existen en todos los seres, y, por consiguiente, también la tristeza vital. Nos levantamos a veces de mal humor, sin saber por qué. Unos días será una impresión mantenida en la zona esférica de nuestra conciencia la que nos mantiene ese buen humor de ignota provocación; pero, otros, el mal humor proviene de este nuestro humilde y asendereado cuerpo.

Esta patología de los sentimientos vitales es la que me ha llevado a la descripción del *círculo timopático* en una forma más extensa y exhaustiva—no sé si más acerta-

da—que la que se ha hecho hasta ahora. En él quedan adscritos a un mismo círculo distintos tipos de alteraciones morbosas, desde las personalidades psicopáticas a las depresiones endógenas, sin que se puedan establecer hiatus insalvables entre ellas.

La clínica, pues, nos enseña que no puede mantenerse de un modo tajante y absoluto la distinción entre psicosis y personalidades psicopáticas, si bien, en principio, subsiste y tiene validez. En las psicosis, el soporte somático provoca el trastorno psíquico; en las personalidades psicopáticas, la correlación se establece en otra forma.

Efectivamente: hemos visto que las personalidades psicopáticas son personalidades anormales. La anomalía no es sólo psíquica, sino que, indudablemente, es algo más. La anomalía psíquica pura existe sólo en la descripción de la realidad—en la teoría—, no en la realidad misma. Lo que existe es una persona anómala, y si escudriñamos lo que es una persona anómala, nos veremos lanzados a analizar sus entretelas temperamentales e instintivas. Bajo el nombre de personalidad de un ser humano, se comprende la totalidad de su sentir, desear y querer; pero esta estructura no puede considerarse independientemente de la estructura vital e instintiva, puesto que asienta firmemente sobre ella.

En las personalidades psicopáticas, son las anomalías de estas estructuras vitales e instintivas las que condicionan su vida. Realizan su proyecto vital, pero esta realización se halla más condicionada por su ser instintivo-vital que en las personalidades normales. Cuando se elige, como criterio de personalidad normal, el estadístico—la personalidad media—, no se sigue un puro concepto natural; porque cierto es que la personalidad media es la más frecuente, pero los límites con las zonas extremas, ¿dónde se sitúan? Y, en cada caso particular, ¿cómo se establecen? Para el conjunto se halla implícita una cierta idea de lo que es la persona media, el hombre de la calle. El criterio de normalidad resulta siempre un criterio mixto, mitad

estadístico, mitad valorativo. No es la idea del hombre como arquetipo—héroe, santo o sabio—la elegida, sino *el arquetipo del hombre medio*. Quiérase o no, existe aquí un criterio de valor, una apreciación. Lo mismo sucede en el caso individual.

En esa personalidad media, su conjunto resulta lo suficientemente armónico y flexible para hacer un proyecto vital. El proyecto vital del psicópata se halla limitado y condicionado por su anomalía instintivo-vital, que no es puramente somática, sino que atañe a su soma en cuanto a constitución y a ciertos determinantes energéticos de su personalidad. El psicópata inestable, por ejemplo, carece de la necesaria tensión en el desarrollo de su personalidad para empujarle en la dirección de la madurez. Vive, como los niños, en el momento. Realiza sus actos sin pensar en sus consecuencias, llevado del estímulo que recibe. El psicópata fanático, por el contrario, transforma una idea en un esquema de vida, en el cual quiere sumergir su propia vida y la de los demás.

El coeficiente de libertad interna se halla, pues, no abolido, como en los actos de los enajenados, pero sí reducido. La reducción será mayor o menor, según las valencias psicopáticas de su personalidad. La conducta será más o menos psicopática, según esté más o menos grávida de desviaciones instintivo-vitales, aparte, naturalmente, la influencia del medio exterior. *Este criterio de la mayor o menor libertad frente a sí mismo, de lo que su constitución le impone, es el que nos permitirá medir el grado de psicopatía.* Ya sé que ésta es una apreciación. En el mundo del hombre nos movemos no sólo entre cuantos, sino entre apreciaciones. En la Medicina, nos pasa esto muchas veces.

El perito que presente ante los Tribunales un caso de un psicópata que haya cometido un acto delictivo deberá hacer patente ante el juez todas estas cuestiones, en torno a las cuales expresará su apreciación personal:

a) en primer término, no se trata de casos de autén-

tica enajenación, en los que un dictamen puede ser más claro y tajante;

b) en segundo término, se trata de hacer una estimación de una conducta humana, variante por su intensidad de la conducta humana media, y que sólo en los grados extremos de la misma pueden equipararse a la enajenación;

c) en tercer término, el perito se planteará como problema psicológico el siguiente: *¿Hasta qué punto—dada su personalidad—podía haber obrado de otro modo? ¿Hasta qué punto ha sido libre frente a sí mismo?*

EL TRASTORNO MENTAL TRANSITORIO

El Código Penal español hace una separación clara entre las consecuencias de eximir de responsabilidad por enajenación o por trastorno mental transitorio. En el primer caso, ordena el internamiento «en uno de los hospitales destinados a los enfermos de aquella clase, del cual no podrá salir sin previa autorización del mismo Tribunal». En el segundo caso, el internamiento no se halla explícitamente ordenado.

A pesar de los numerosos y excelentes trabajos publicados sobre el trastorno mental transitorio (ALBERCA, FERRER SAMA, DEL ROSAL, LÓPEZ SAIZ y CODON), resultan todavía oportunos unos esclarecimientos. Yo mismo publiqué, hace ya bastantes años, un trabajo sobre el tema, al que ahora quisiera aportar algunas correcciones.

El trastorno mental transitorio vendría a ser, en el espíritu del legislador, una enajenación pasajera. Realmente, muchas enajenaciones auténticas se presentan con carácter de transitoriedad. Puede haber un breve episodio catatónico o un estado crepuscular epiléptico, en los cuales se cometa un acto criminal. La inclusión del enfermo bajo la rúbrica de la enajenación o del trastorno transitorio sería indiferente, dado el punto de vista psiquiátrico, aunque no lo fuera desde el punto de vista forense, según

conviniere o no su internamiento, por orden judicial, en un establecimiento psiquiátrico.

La elasticidad de la denominación es tal, que cabría incluir en ella todas las otras psicosis que no condujeran a la demencia o que dejaran alteraciones profundas en la personalidad. Una fase melancólica es un trastorno mental transitorio, y un brote esquizofrénico que curse sin secuela lo es también, como lo puede ser una psicosis febril delirante o una intoxicación.

Habida cuenta de esta equivalencia, cabría pensar en la inutilidad de la distinción establecida por la Ley entre enajenación y trastorno mental transitorio. Esta distinción hubiese sido justificada en el antiguo Código, que empleaba, en lugar de «enajenado», otras expresiones, tales como las de «imbécil o loco», que tienen un significado más restringido.

Sin embargo, no es así. La presencia del concepto de transitoriedad o de trastorno mental transitorio ofrece la ventaja de una mayor elasticidad en las consecuencias de la aplicación de la eximente. Supongamos un melancólico que ha cometido una tentativa de suicidio colectivo en un rapto. Durante la fase de instrucción ha pasado la melancolía, y en el momento del juicio es ya un hombre sano. ¿Debe internársele? La ventaja es, pues, clara.

Por otra parte, el trastorno mental transitorio amplía el área de la condición eximente de responsabilidad por fuera de las psicosis. Esta es una cuestión llena de peligrosas aristas.

En varias sentencias del Tribunal Supremo (1), se define el trastorno mental transitorio como «de causa inmediata, necesaria y fácilmente evidenciable, de aparición más o menos brusca, de duración, en general, no muy extensa, y que termina por la curación, sin dejar huella, producido por el choque psíquico de un agente exterior, cualquiera que sea la naturaleza». En esta definición se con-

(1) SS. del 26-I-1934, 31-I-1934, 15-III-1934 y 19-XII-1935.

tienen una serie de caracteres formales—agudeza, brusquedad, transitoriedad, etc.—que se sobrentienden. A mi modo de ver, la medula de la cuestión se halla en la fase «producido por un choque psíquico». Efectivamente, si el trastorno mental se halla producido por un agente físico, será una auténtica psicosis en tanto en cuanto es una enfermedad somática acompañada de una sintomatología psíquica; por ejemplo, la intoxicación alcohólica o una psicosis conmocional.

El problema es, pues, el de las reacciones vivenciales anómalas, que es como se llaman técnicamente los trastornos mentales producidos por un choque psíquico. En otra sentencia del Supremo se habla, refiriéndose al trastorno mental transitorio, de una «demencia pasajera, sea o no de origen morbozo, en su sentido estricto, que, bajo el nombre común de trastornos mentales transitorios, agrupa, con auxilio de la ciencia, múltiples fenómenos perturbadores de la razón humana de efectos equiparables algunas veces a los de una locura momentánea, y dignos, por tanto, si se comprueban, de trato idéntico por parte de los juristas». La expresión «sea o no de origen morbozo» debe entenderse, a mi juicio, equiparando el calificativo de morbozo al de enfermedad somática. Es decir, según la jurisprudencia, resulta claro que, *bajo el título de trastorno mental transitorio, pueden ser incluidas ciertas reacciones vivenciales anormales.*

Las reacciones anómalas pueden presentarse en cualquier individuo normal. Un estímulo violento es capaz de provocar una reacción anómala. Las guerras, las revoluciones y las conmociones sociales han demostrado la capacidad de «histerificarse» que existe en el fondo de grandes contingentes de la humanidad. Aunque también ha demostrado lo contrario: la capacidad de resistencia, de no «histerificación», que alcanza a límites increíbles. En ambos modos de reaccionar vemos una muestra más de la constante proclividad paradójica de la naturaleza humana. Lo importante es el clima «moral» en que se desenvuel-

ve. Aparte de sus fenómenos colectivos, desde el punto de vista intelectual, la mayor o menor tendencia a las reacciones anómalas y a su propia morfología se halla anclada en la personalidad del individuo. La presencia de una reacción psíquica anómala demuestra, hasta cierto punto, la presencia de una personalidad también anómala.

Pero no cualquier clase de reacción psíquica anómala debe ser considerada como eximente. A mi modo de ver, se necesitan dos condiciones: una, de intensidad, y otra, de forma misma de la reacción. Sólo cuando ambas crean un estado *análogo* al de la enajenación constituirá una eximente. Raras veces se producen estas situaciones. El estado análogo al de la enajenación no puede producirse, según mi propia experiencia, más que cuando la reacción psíquica toma la forma de un *trastorno de la conciencia*. Sólo los estados crepusculares psicógenos caerían netamente dentro del concepto de trastorno mental transitorio (aparte de las enajenaciones o psicosis episódicas).

Como medida defensiva contra la apelación demasiado laxa de «trastorno mental transitorio», el Tribunal Supremo señala la necesidad de que el sujeto sea observado «a raíz de producirse el supuesto delito» (1). Esta precaución es oportuna, pero conviene también hacer constar que raramente una reacción anómala se manifestará tan sólo en el hecho delictivo, como tampoco ocurre esto en un episodio psicótico pasajero. Si es posible realizar una encuesta minuciosa sobre toda la conducta del supuesto enfermo, antes, durante y después de la realización del hecho, muchas veces se podrán obtener datos suficientes para establecer un dictamen definitivo. En cambio, en la mayoría de los casos, apenas bastará con la observación del autor del hecho, sino que se requerirá un conocimiento de todos los datos aportados en las pruebas testificales.

El ejemplo típico de trastorno mental transitorio es el *estado crepuscular* epiléptico (2). Como quiera que la Psi-

(1) SS. 15-III-1934.

(2) Los trastornos psíquicos de la hipoglucemia podrían analogarse a éstos.

quiatria emplea la misma denominación para ciertos trastornos de la conciencia determinados psicógenamente (estados crepusculares histéricos), podría pensarse que en ambos casos se ha de aplicar el mismo criterio forense. Y no es así, por la diferencia psicopatológica que existe entre ambos estados.

En el estado crepuscular epiléptico coexisten dos concatenaciones psíquicas. En estado normal, cada impresión recibida penetra en el fondo vivencial común, algo así como la *durée* bergsoniana. Cada decisión tomada emana de él. Existe, pues, una rigurosa continuidad o concatenación de la vida psíquica. En el estado crepuscular epiléptico no existe una disminución de la claridad de la conciencia, sino una alteración de aquel fondo de la conciencia, de tal suerte, que aquella concatenación de sucesos de la vida psíquica se ve interrumpida por otra serie anómala de percepciones mal interpretadas o defectuosamente configuradas, de decisiones abruptas, inmotivadas, como puras descargas impulsivas. Ambas series, normal y anormal, de sucesos se envuelven en una característica común: la amnesia para casi todo lo acaecido en el período crepuscular. Es, pues, una mezcla de vida psíquica comprensible e incomprensible, como el sueño es una mezcla de restos diurnos y construcciones simbólicas.

En el auténtico estado crepuscular epiléptico se pueden cometer graves delitos, tales como atentados contra la vida o el pudor. El enfermo en tal estado es completamente irresponsable, pero para poder asegurar su irresponsabilidad es imprescindible que el diagnóstico se halle firme y correctamente establecido. Es muy raro que un epiléptico comience su vida morbosa por un estado crepuscular. Alguna vez he visto casos así en un material tan vasto como el de mi Clínica hospitalaria, pero más raro aún es que, precisamente, en ese primer estado crepuscular cometa un grave delito. En el *estado crepuscular histérico*, las cosas suceden de otra manera. No existe esa concatenación de vida psíquica comprensible e incomprensible, como en el

estado crepuscular orgánico. Todo el trastorno conserva *un cierto sentido*; más que una coexistencia de dos cadenas de motivos normales y absurdos, lo que existe es una selección de sucesos de la vida psíquica. La conciencia es como una criba que sólo deja pasar *ciertos actos* (impresiones, percepciones, decisiones, etc.) y la selección deja reconocer la presencia de un principio seleccionador (reacción primitiva de huida, de sobrecogimiento, etc.). También existe una amnesia posterior, auténtica para el enfermo, no simulada; pero la presencia de la amnesia sólo, no basta para hacer un diagnóstico diferencial retrospectivo. Sin embargo, éste es posible cuando la amnesia se somete a un profundo análisis y permite reconocer, a través de los fragmentos de recuerdos, la presencia de un principio director, o sea, la conservación de un cierto sentido.

En un estado crepuscular psicógeno, no se cometen delitos graves que supongan una actividad agresiva por parte del enfermo; más bien se trata de delitos en los que la nota de escape o huida de una situación se halla íntimamente escondida como demonio incitado (delitos por negligencia, abandono, algunos delitos sexuales, etc.).

También resulta imprescindible distinguir estos estados de cualesquiera otros que se quieren situar bajo la rúbrica común de amnesias. Existen muchos actos de la vida, que realizamos automáticamente, sin que la conciencia clara—darse cuenta de un modo absoluto—acompañe a estos actos en cada uno de los momentos de la realización. Si yo quiero recordar cómo he dibujado el perfil de las letras de la página anterior, no lo logro; y no puedo decir, a pesar de esta amnesia, que la haya escrito inconscientemente. Los actos que se realizan en una situación afectiva intensa, se recuerdan peor. No resulta extraño, pues, que un delincuente no sepa precisar si le dió cinco o siete puñaladas a su víctima, sin que esta amnesia suponga mala voluntad de recordar, ni tampoco forma alguna de verdadero trastorno mental.

Los límites, frente a la psicología normal, del trastorno

mental transitorio son las grandes emociones o pasiones que ya consigna el Código agrupadas bajo los calificativos de arrebató y obcecación. Puede existir un estado emocional tan intenso, que aun en un individuo no predispuesto a reacciones vivenciales anormales llegue a producir un auténtico trastorno mental transitorio. El hecho es posible, si bien debe reconocerse que resulta excepcional. Y aun así, se necesita que en la persona se dé *una cierta base caracterológica anómala* que le predisponga a reacciones en cortacircuito. Sólo conozco directamente un caso que ingresó en mi Clínica hospitalaria.

Se trataba de un pastor que vivía pobremente, entre riesgos, con sus ovejas. Le aconsejaron casarse—los móviles del consejo eran oscuros—para tener alguien que le cuidase. Casó con una mujer que ya anteriormente había tenido una vida muy agitada. Como ésta continuase su mismo tipo de vida después del matrimonio, las peleas eran frecuentes. El se refugiaba cada día más en el monte y bajaba poco al pueblo. Hería su dignidad el verse unido a una mujer de tan liviana conducta, que en los últimos tiempos se mostraba públicamente con su amante. Hubo un gran altercado y fueron al Juez para que los separase. Al día siguiente—la fiesta mayor del pueblo—, se marchó al campo. Ella, en cambio, no sólo estuvo en la plaza del pueblo exhibiéndose públicamente con su amante, sino que le dió el traje del marido, el único traje, el traje de los grandes acontecimientos de su mísera y descolorida vida. Al volver a su casa el pastor y sentir esa pública afrenta, se arrebató, y en el curso de un altercado violento, la mató. Entonces entró en una especie de borrachera: «Me puse como una oveja modorra», y en este estado mató a su hijo e intentó matar al otro, que pudo escapar de la casa. Durante los meses que estuvo en observación, se mostró profundamente deprimido. Un intenso sentimiento de culpabilidad le hacía desear la muerte. Se veía como indigno porque había matado a su hijo, y ese remordimiento era peor que todas las condenas de la tierra. Lo de ella no le importaba. Cien

veces que la hubiera encontrado, cien veces que lo hubiera hecho. La depresión era puramente reactiva e instalada después del suceso. Ni en los antecedentes ni en el curso de la observación se descubrió ningún signo de alteración mental. Era una personalidad primitiva, reconcentrada y tímida. En el pueblo tenía fama de hombre bueno, quizá de «genio corto». No se trataba tampoco de ningún débil mental.

Estos estados emotivos intensos pueden llegar a perturbar la conciencia como en un estado crepuscular de brevísima duración. Los estados de «amok» son parecidos a ellos. En este caso, en el uxoricidio hubo arrebató, en el parricidio, trastorno mental transitorio.

LA EXENCION SEGUN LAS DIVERSAS ENFERMEDADES

La variedad de delitos que pueden cometer los *esquizofrénicos* es extraordinaria (1). La apreciación psiquiátrica forense es clara cuando el delito se ha cometido en plena fase de actividad de la esquizofrenia, o cuando se trata de un claro déficit o de una indudable demencia esquizofrénica. Es necesario tener un cierto rigor en el diagnóstico de la enfermedad. La esquizofrenia se diagnostica por su sintomatología psicopatológica. En mi Clínica aceptamos el criterio de K. SCHNEIDER, exigiendo la presencia indubitable de uno o varios síntomas primarios para diagnosticar con seguridad una esquizofrenia. Si éstos se hallan ausentes y sólo aparecen síntomas secundarios, el diagnóstico es probable. Vale más señalar un caso como sospechoso de esquizofrenia o como dudoso, que establecer un diagnóstico falso.

M. BLEULER ha planteado un problema forense del mayor

(1) Una exposición muy completa de las exenciones de responsabilidad, según los diversos cuadros clínicos en relación con la legislación española, se halla en: R. ALBERCA LORENTE, *Enajenación y trastorno mental transitorio en el Código penal* (en la obra *Comentarios al Código penal*, de FERRER SAMA).

Véase también la reciente *Psiquiatría forense*, de WYRSCH.

interés: el de la responsabilidad de algunos esquizofrénicos. Este problema se halla creado por la actual latitud del diagnóstico. Un enfermo tiene un brote claramente esquizofrénico, que le dura unos meses. El brote pasa, dejando su personalidad intacta, que se mantiene así durante años. En este caso, el sujeto es responsable de los actos cometidos en ese estado. En el fondo, se trata, desde el punto de vista psiquiátrico, de la misma cuestión que plantean los períodos intervalares de la psicosis maniaco-depresiva. Otras esquizofrenias remiten, pero su personalidad queda alterada. En estos casos, el juicio parece depender de dos supuestos esenciales: grado de alteración de la personalidad y relación entre el hecho delictivo y la alteración que presenta el acusado. A medida que la alteración de la personalidad es mayor, decrecen las dudas.

Es importante consignar las dificultades naturales que encierra, a veces, el descubrimiento del déficit de la personalidad y, sobre todo, de la cuantía y la estructura de la misma. Algunos enfermos ponen a prueba la agudeza psicopatológica del psiquiatra. Querer resolver estos casos a fuerza de tests es un error. También hay que tener presente la posibilidad de que el acto delictivo sea una primera manifestación de un brote o rebrote esquizofrénico.

Aunque se admite el esquizoide como tipo psicopático, su valoración forense hay que hacerla en tanto en cuanto psicópata y no bajo la presunción de que se trata de una esquizofrenia mitigada. Las expresiones «reacción esquizofrénica», «esquizofrenias reactivas» y otras parejas usadas por algunos psiquiatras y que, de vez en cuando, se ven aludidas en la jurisprudencia, carecen, para mí, de sentido. Al lado de las esquizofrenias genuinas, sólo existen algunos casos de psicosis exógenas con sintomatología esquizofrénica (esquizofrenias sintomáticas). Son raros, y su estimación forense debe hacerse según los mismos criterios aplicados a las formas de reacción exógena.

La *psicosis maniaco-depresiva*, en sus fases acentuadas, tanto maníacas como depresivas, es una enajenación,

en el sentido de la Ley. Las dudas pueden plantearse en torno a los casos leves de la enfermedad. En las manías leves, hay que examinar si un estímulo exterior emotivo o tóxico (alcohol, por ejemplo) ha sido capaz de provocar un «arrebato» en el que se ha cometido el hecho delictivo. Tal arrebato sería patológico y constituiría un trastorno mental transitorio. Conocida es la facilidad con que se disparan los maníacos. Estas explosiones constituyen la contrapartida de los raptos melancólicos. En las depresiones, apenas se cometen otros delitos que los suicidios individuales y colectivos. Fuera de las fases, el sujeto es normal, salvo los casos en que fases muy próximas quedan enlazadas por elevaciones hipertímicas o depresiones melancólicas. Actualmente, se diagnostican menos manías que hace un par de decenios, porque los criterios diagnósticos se han depurado. Las depresiones o melancolías reactivas deben considerarse como reacciones vivenciales anormales y no como auténticas psicosis.

Tan diversas como las variantes clínicas de la *epilepsia*, son las situaciones medicolegales que pueden presentarse. El epiléptico es, evidentemente, irresponsable de los delitos cometidos en pleno ataque convulsivo, o en el ataque psicomotor, o en estado crepuscular, o en plena demencia. Aunque raro, el delito es posible en plena crisis y por la crisis misma. Recientemente he visto una enferma que asfixió a su hijito que dormía en su cama, al darle la crisis, cayendo sobre él. En una crisis psicomotora, se puede realizar, por ejemplo, un acto exhibicionista. La peligrosidad de los estados crepusculares es bien conocida. Las cuestiones se plantean, en cambio, para los actos cometidos fuera de estos episodios morbosos. No hay, para resolverlas, criterios tajantes, sino que se debe llegar a una apreciación individual del caso. Sin embargo, actualmente, gracias a los progresos de la psicopatología y de la clínica de la epilepsia, se pueden aportar a los Tribunales dictámenes médicos más esclarecedores que los que revela la jurisprudencia de hace veinte o treinta años. En el epiléptico,

se constituye, por su enfermedad misma, un síndrome psicoorgánico, fácilmente reconocible y que debe ser estimado judicialmente. Las distimias epilépticas son también mejor conocidas. En cambio, es un error incluir en la epilepsia cualquier distimia que se presente en un sujeto. Las distimias que no coexisten, en el mismo sujeto, con ataques convulsivos o equivalentes son psicopáticas y su apreciación forense debe hacerse como tal psicopatía. En todas las alteraciones de la personalidad epiléptica debe seguirse el mismo criterio que hemos señalado para enjuiciar los defectos esquizofrénicos. Es necesario estudiar a fondo las alteraciones psicopatológicas y los trastornos de la conducta de ellos derivados, y no apreciar la existencia de un eximente o de un atenuante, basándose en el simple diagnóstico de un ataque convulsivo, que es un diagnóstico neurológico y no psiquiátrico (1).

La *paranoia* es, quizá, la expresión psiquiátrica que más ruidosamente ha sonado durante muchos años, pronunciada por peritos forenses y abogados ante los Tribunales de Justicia. Sin embargo, actualmente no se admite la paranoia por la mayoría de los psiquiatras de escuela alemana, que fué su creadora (2). KRAEPELIN pensó que la paranoia—delirio sistematizado crónico—era una psicosis endógena que había de situarse junto a la esquizofrenia y a la psicosis maniaco-depresiva. La mayoría de los enfermos diagnosticados por KRAEPELIN de paranoia eran verdaderos esquizofrénicos, según las investigaciones posteriores (KOLLE). El grupo se ha escindido: unos enfermos han engrosado el grupo de las esquizofrenias (como subforma de la esquizofrenia, propone KOLLE llamarlas parafrenias), y otros, el de los desarrollos psicopáticos. No existe, por consiguiente, la pa-

(1) «En algunos epilépticos con ataques, el defecto mental es tan poco acusado, que no basta ni para atenuar.» (Sentencia del Tribunal Supremo de 23 de mayo de 1936.) (ALBERCA, l. c.)

(2) GAUPPP sigue sosteniendo la existencia de paranoias puras—rarísimas—. Su estudio sobre el caso Wágner y el caso Hager son parecidísimos. En este último, GRUHLE señaló la aparición de abundantes síntomas esquizofrénicos.

ranoia como enfermedad endógena, sino los desarrollos paranoicos.

Esta evolución de la clínica psiquiátrica tiene su importancia forense. Si el paranoico fuese un enfermo endógeno, parigual al esquizofrénico, automáticamente cabría aplicarle el calificativo de enajenado, aunque una de sus características psicopatológicas consista en la conservación de su capacidad de juicio y de la claridad de su conciencia; pero como se trata de un desarrollo psicopático, es necesario individualizar la aplicación de las eximentes, relativizarla, teniendo en cuenta las circunstancias del caso. Clínicamente, se ha señalado la necesidad de que el acto delictivo resulte como una derivación de la propia construcción delirante. Un paranoico con un sistema delirante político, que cometa un crimen en relación con el mismo, podría—según los casos—no ser responsable, pero sí cuando cometa un robo sin relación con su sistema. Este es, naturalmente, sólo un ejemplo teórico. El sujeto en el que se inserta un desarrollo paranoico sumerge en él toda su actividad y fuera de los fines de su sistema delirante, tiene, por su propia estructura psicológica, un gran respeto por la Ley.

Las *psicosis que asientan sobre una base somática conocida* pueden dividirse en dos subgrupos, constituidos por el síndrome de reacción exógena (psicosis infecciosas, tóxicas, traumáticas, humorales, etc.) y las psicosis orgánicas (psicosis seniles, arterioscleróticas y parálisis general progresiva). Son, como hemos visto antes, auténticas enajenaciones, cuando el cuadro psíquico alcanza la intensidad suficiente. Problemas especiales pueden ser presentados por la fase de comienzo de las psicosis orgánicas (por ejemplo, los delitos sexuales de los seniles). Es necesario tener presente la frecuencia con que la debilidad de juicio acompaña *precozmente* a la alteración del carácter o de la personalidad y a los primeros trastornos amnésicos.

En las *psicosis tóxicas* ocupa un lugar especial el alcoholismo. Los cuadros netamente psicóticos, alucinosis, deli-

rium tremens, etc., son fácilmente reconocibles y su valoración forense ofrece pocas dudas. Estas pueden plantearse en casos de intoxicación aguda—aparte la borrachera patológica, que es un indudable trastorno mental transitorio—. Ya dice claramente el Código, que la intoxicación—el trastorno mental transitorio—no debe de ser buscado de propósito para constituir una eximente. Es un error considerar al alcohólico habitual solamente como un intoxicado. El alcoholismo, como muchas otras toxicomanías, se desarrolla muchas veces sobre una personalidad anómala, y en el juicio forense del caso se debe tener presente ésta. El hambre de tóxicos (por ejemplo, morfina) puede ser motivo de delitos. Estos casos caen más bien en el perímetro de la Ley de vagos y maleantes, que en el propio Código Penal.

Las *oligofrenias* son, en una parte, enfermedades—o malformaciones—somáticas acompañadas de retraso mental, y en otra parte, variantes individuales del desarrollo intelectual de carácter negativo. En el primer caso, su inclusión entre la enajenación es evidente. En el segundo, depende del grado, ya que la escala del desarrollo intelectual pasa por grados insensibles desde este polo deficitario y negativo a la normalidad. No hay que olvidar, en el estudio médico-legal de estos casos, la frecuencia con que van acompañados los retrasos intelectuales de anomalías temperamentales o instintivas. Más que al resultado de un test, el perito debe referirse al estudio completo de la personalidad, en sus reacciones frente al medio suyo habitual. Muy interesantes problemas han planteado los delitos cometidos en oligofrénicos (violaciones).

En páginas anteriores han quedado suficientemente expuestos los principios generales de la calificación de los *psicópatas*. Entre los diversos tipos, hay algunos de mayor importancia forense que otros. Mención especial merecen los psicópatas fríos de ánimo, atímicos o anéticos (*Gemütslose Psychopaten*) que KRAEPELIN llamaba «enemigos de la sociedad» y «asociales». En tiempos anteriores se llamaba

a este grupo *moral insanity* (locura moral). Desde el punto de vista forense, no se suele aceptar esa falta o disminución de la responsabilidad más que cuando coexista un defecto intelectual. Otro tipo psicopático de gran interés es el de los fanáticos (querulantes), sobre los que prenden fácilmente los desarrollos paranoicos.

Son muy raros los actos delictivos de los *neuróticos*. La psicopatología de la vida cotidiana, en el sentido del psicoanálisis, ha puesto de manifiesto el gran número de actos que realizamos sin darnos cuenta de ellos; y, además, los actos fallidos tienen la peculiaridad de ser realizaciones simbólicas, equivalentes de impulsos o deseos abortados. Partiendo de esa base, es natural preguntar si también en los actos delictivos nos encontraremos con el mismo hecho; es decir, que el acto sea, en el fondo, inconsciente y no exprese más que una realización simbólica de un deseo anidado en el subconsciente, de cuya realización el «yo» se sentiría irresponsable. La experiencia y la observación detenida demuestran precisamente lo contrario. Las realizaciones simbólicas se realizan en el sueño o en actos triviales, pero nunca en actos que sean ya verdaderamente delictivos. Las inhibiciones, tan naturales al neurótico, sirven de contrarregulaciones a la agresividad de sus instintos y los transforman en nuevas construcciones fantásticas. Si alguna vez se traspasa la frontera de lo delictivo, es, precisamente, por lo contrario, por la inacción, y sólo en raras ocasiones se trata de una realización positiva. Como ejemplo de este último tipo, podemos recordar la cleptomanía, que, en su forma auténtica es tan rara, que ha llegado a dudarse de si existe (1).

Ígualmente ocurre con la *hipnosis*. En tiempos pasados, se hizo mucha literatura en su torno; hoy se sabe que los

(1) Véase sobre este tema tan interesante: M. MÜLLER, «Neurose und Kriminalität» (*Schw. Arch. Neur.* Bd. 36) (1935). H. BINDER, «Zwang und Kriminalität» (*Schw. Arch. Neur.* Bd. 54) (1944). H. SCHNEIDER, «Zur Psychopathologie der Brandstiftung» (*Schw. Arch. Neur.* Bd. 56) (1946). J. WYRSCH, «Psychopathologie und Verbrechen» (*Tyrolia Verlag.* 1949. Wien).

delitos en hipnosis son rarísimos y sólo pueden cometerse cuando corresponden a la auténtica estructura instintiva del procesado. En los últimos años sólo existe un caso publicado (el de Heidelberg) con garantías de verosimilitud.

EL ACTO DELICTIVO

En algunos Códigos penales modernos se ha establecido una fórmula para la exención de responsabilidad, en la que se hace constar que el inculcado debe hallarse incapacitado para reconocer lo ilegal o no permitido de su acción o de obrar según ese conocimiento. La fórmula proviene del deseo de evitar una concepción del acto delictivo referido sólo al plano de la razón y de incluir en ella el plano de la voluntad. En nuestro Código, tal distinción se halla salvada mediante la fórmula más general de la «enajenación».

Hemos de reconocer, de todos modos, que una fórmula así debe hallarse implícita, puesto que ni siquiera cualquier clase de enajenación basta para eximir de responsabilidad. Los períodos iniciales de algunas psicosis no constituyen, según algunos autores, eximentes, ni tampoco las formas poco acentuadas de las mismas. Se exige, pues, que la enfermedad destruya profundamente la estructura del acto libre y voluntario, el cual se concibe, al modo clásico, como compuesto de dos tramos, el del conocimiento de los motivos de una acción y el de la decisión entre ellos.

Aunque, según nuestra legislación, no es necesario establecer tal distinción, ésta se lee en muchos dictámenes forenses. Contra ello se levanta recientemente K. SCHNEIDER con razones de gran peso. Según él, tal cuestión no debe plantearse, porque no tiene contestación, y el perito debe limitarse a hacer constar si existe o no una enfermedad mental, de lo cual se deduce implícitamente la existencia o no de exención de responsabilidad.

La distinción anteriormente referida se basa en una psicología de la conducta, que se halla muy lejos de las ver-

daderas condiciones reales de la misma. El hombre muy racional puede obrar distinguiendo motivos, sopesándolos y decidiendo entre ellos; pero la mayoría no obra así. Este tipo de acción, de ser predominante, nos convertiría a todos en enfermos obsesivos. A un empleado de correos—siguiendo el ejemplo de K. SCHNEIDER para no debilitar su argumentación—le pasa por las manos, en su trabajo, un paquete, que supone de cigarrillos. La vista del paquete le despierta, como un relámpago, el impulso a quedarse con él. Contra este impulso pueden alzarse otras tendencias más éticas u otras de filiación distinta, por ejemplo, el miedo a ser descubierto. Pueden vencer aquéllas o éstas, pero en el fondo no se trata más que de una lucha de instintos. Sólo en raros casos la lucha termina mediante una decisión voluntaria. En las prohibiciones legales no se trata siempre de mandamientos cuyo fundamento ético resulte claramente visible a todo el mundo; por lo tanto, más que una decisión con motivos éticos, se toma una decisión por motivos legales. Por otra parte, en cada caso, los impulsos actúan según las circunstancias; su poder como tentación es muy variable; en el análisis psicopatológico del acto, debemos tener en cuenta si los supuestos conocimientos sobre el valor moral de los actos llegan o no a inhibir los impulsos. En parte, esta acción inhibidora depende del tiempo que se tarde en elaborar y realizar el acto. Cuanto más extensa sea su preparación, mayor probabilidad existe de que resulte reflexivo. Aunque se admita la existencia de la libertad, es muy difícil decidir en un caso particular si se ha obrado o no libremente.

Ciertamente que estas objeciones de SCHNEIDER son de mucho peso; a su vez, no están tampoco libres de crítica. En primer término, en muchas ocasiones, el perito se ve forzado al análisis de la psicopatología del enfermo en relación con el acto delictivo y no puede contentarse con establecer un diagnóstico (1). No se puede soslayar la cues-

(1) «Queda, pues, firme que no basta comprobar la existencia de una enfermedad mental, ni siquiera de una enfermedad mental de

tión dividiéndola en dos partes: una, el establecimiento de un diagnóstico, y otra, la deducción de unas consecuencias con valor jurídico, atribuyendo la primera al psiquiatra y la segunda al juez. El perito debe aportar al conocimiento del delincuente y de las circunstancias del delito todos sus conocimientos y su experiencia psicopatológica.

Además, tampoco los hechos ocurren según el esquema propuesto por SCHNEIDER. Las acciones humanas no son el resultado de una serie de fuerzas instintivas que la voluntad pueda inhibir o no. Los instintos son instintos humanos, y, por lo tanto, surgen ya con ciertas valencias espirituales. Por eso es posible educar los instintos. El hombre normal realiza a través de su vida un proceso de conformación de su vida instintiva; que esto es así lo demuestra el hecho de que *cada acto ilícito se acompaña de un sentimiento de culpa*. No es sólo un sentimiento de culpa establecido como un complemento posterior, sino un sentimiento que inspira temor «automáticamente», como el impulso mismo; porque, en el fondo, pertenece a su misma estructura. En mi libro sobre *La Angustia vital*, he expuesto mis ideas acerca de esta cuestión, y ello me exime de una mayor detención en su exposición. Lo que me importa consignar es que todo acto humano tiene ese *carácter antinómico* que se pone tan de manifiesto en la crisis angustiosa. Tan es así, que, muchas veces, la reflexión viene a tranquilizarnos después de la comisión de una acción ilícita: «No es tan grave», «No pude evitarlo», etc., son expresiones que demuestran la existencia del sentimiento de culpabilidad.

A lo largo de la vida humana, la vida instintiva se va sublimando, metamorfoseando, integrando. El instinto de agresión queda absorbido en una entidad superior: la necesidad, inherente al hombre, de una vida que le rebasa como individuo, de una vida social y espiritual. La necesidad de la vida en comunidad exige el establecimiento de

las auténticamente demenciadoras, para proponer la exculpación», dice ALBERCA (l. c.).

ciertas normas a las que se sujeta el individuo normal. En el anormal, no existe esa regulación instintiva, o, si existió ella, se quebró; por eso, el acto resulta tan insólito, absurdo, delictivo. Es posible, pues, mediante el análisis de la conducta, establecer la existencia de esa rotura en la continuidad de una vida, continuidad que estriba en la fusión de las antinomias instintivas en la unidad de la personalidad. Para sentar un diagnóstico procedemos así, y este mismo procedimiento debe aplicarse, en la medida de lo posible, al análisis de la situación delictiva. Por eso es tan importante el conocimiento de la personalidad del delincuente.

DETERMINISMO Y LIBERTAD

Parece ineludible, antes de terminar, dedicar unas palabras a un problema sin cuya previa explicitación era imposible acercarse a este tema hace algunos años: el de la libertad de la voluntad. El hecho de que casi involuntariamente haya sido desplazado por mí de su categoría previa y preliminar demuestra cómo ha decaído en importancia. En realidad, podríamos concluir este trabajo sin aludirlo.

Hace algunos años, entre psiquiatras, criminalistas y penalistas, se enzarzaban largas polémicas en torno al mismo. El espíritu positivo planteaba las cuestiones de una manera clara y esquemática, que era la siguiente: cualquier hecho que ocurre en el mundo tiene un antecedente forzoso. El principio de conservación de la energía rige también para las acciones humanas. El hombre que comete un delito lo hace en virtud de una serie de determinaciones previas que, forzosamente, le conducen a él; por consiguiente, es tan irresponsable como mis oídos de oír el sonido que a ellos llega. Ahora, a unos años vista, nos quedamos extrañados de que se haya podido emplear—y perder—tanto tiempo en una discusión así. Porque si el determinismo absoluto fuese verdadero, también el juez

sería un muñeco automático cuando condena al delincuente. Los términos del problema no variarían. Todos seguirían haciendo lo que estaban haciendo, sólo que ciegamente, automáticamente. KANT (1) planteó el problema más agudamente, desde el punto de vista de la teoría del conocimiento: si llegásemos a conocer—viene a decir—los impulsos que fuerzan nuestra vida psíquica, podríamos llegar a predecir la conducta humana futura. La analogía con el cálculo de las órbitas de los planetas es evidente. La posibilidad, empero, falla en sus primicias, puesto que lo imposible es el conocimiento *exhaustivo* de los móviles de la conducta humana. Ocurre en ella como en los experimentos de la Física según la ecuación de indeterminación de Heisenberg. La pretensión de conocer los móviles de la conducta es ya una operación sobre ellos. En el hombre, el más pequeño diálogo supone una acción sobre el interlocutor.

Existe otro aspecto. Las conductas humanas se determinan por causas y por motivos. El hombre reacciona al hambre, al frío, a la sed; pero también a la idea de la justicia, del bien o de la belleza; es decir, a valores que flotan por encima del tiempo físico y que permanecen indemnes frente a su acción corruptora. La estimación de los valores, el descubrimiento de las relaciones de sentido, no es un proceso físico. Una palabra actúa sobre nosotros, no por su valor sensorial, sino por su significado. La misma palabra, la misma materia sensorial puede producir reacciones distintas (2).

En el hondón de la personalidad humana se entrecruzan causas, móviles y motivos. Existen actos vulgares, cuya determinación es fácilmente comprensible una vez realizados. Su previsión es más difícil. Por íntimamente que

(1) KANT: *Kritik der praktischen Vernunft* (1788). 58—Lehrsatze IV—Reclam Ausgabe und Kehrbach.

(2) Sería, por otro lado, posible ensamblar ambas tesis. El principio de conservación de la energía no se altera por la presencia de una relación de sentido. Esta no crea ninguna energía, sino simplemente cambia su dirección o su distribución.

conozcamos a «otro», algo siempre se nos escapa: su secreto personal, que es el secreto de la existencia. Como también se nos escapa nuestro «yo» en su último alvéolo, en aquel en que, indudablemente, el espíritu, el alma, se ata a nuestro pobre y mortal cuerpo.

DISCURSO

DEL

EXCMO. SR. DR. D. PEDRO LAIN ENTRALGO

