

El lugar de Charcot en la breve historia de la histeria masculina (1878-1893)

Patricio Torres

Introducción

La figura de Jean-Martin Charcot dejó una marca no solo en la historia del psicoanálisis, en su conocido rol de mentor de Sigmund Freud, sino también en la historia de la histeria como enfermedad. Esta suele ser relacionada con Freud, quien la estudió primero junto a Breuer y luego en solitario. Sin embargo, la historia de la histeria puede ser trazada desde la antigua Grecia, con referencias a ella en textos de Platón e Hipócrates, pasando por Thomas Sydenham y su concepción de vapores histéricos en el siglo XVII, hasta llegar al siglo XIX, con Briquet y Charcot como representantes de una idea de la histeria como una enfermedad de origen neurológico y no de origen sexual (Charcot incluirá el factor psíquico sobre el final de su vida). Ahora bien, dentro de esta historia, Charcot tiene un papel preponderante en el estudio de los casos de histeria en hombres y niños. La histeria había sido siempre concebida como una enfermedad exclusivamente femenina; sin ir más lejos, su nombre deriva de *hystera* (ὕστέρα), que es la palabra griega para útero.

Pero ¿se trata la histeria masculina de una enfermedad en sí misma? ¿Por qué hablar de una histeria masculina y no simplemente de “la histeria”, sin que ello implique que solo se trate de una histeria femenina? ¿Qué diferencias encuentra Charcot en casos de histeria de ambos sexos? Estos son algunos de los interrogantes que intentaré contestar a lo largo del texto. Para ello, me centraré en el escrito *Parálisis histérico-traumática masculina* de Charcot, extraído de *Historia de la Ansiedad*, de Conti y Stagnaro, el cual analizaré bajo la óptica de Marcel Gauchet y Gladys Swain, en su texto *El verdadero Charcot*, y de Mark Micale y su ensayo *Charcot and the idea of hysteria in the male: gender, mental science, and medical diagnosis in late nineteenth-century France* (Charcot y la idea de la histeria en el hombre: género, ciencia mental y diagnóstico médico en la Francia de fines de siglo XIX).

Para terminar, mencionaré la influencia de Charcot en los primeros trabajos de Sigmund Freud sobre la histeria, retratada en particular en sus primeros escritos y en general a lo largo de toda su obra.

Dos antecedentes: Sydenham y Briquet

Charcot no fue el primero en mencionar que la histeria podía ser adquirida por hombres además de por mujeres. En primer lugar podemos nombrar a Thomas Sydenham, médico inglés del siglo XVII, quien si bien no admitió la idea de una histeria masculina, ya que a aquella se la seguía tomando como una afección del útero, le dio una contraparte masculina, la hipocondría. Esta era atribuida en los hombres a “obstrucciones del bazo o del bajo vientre” (Sydenham, 2007). Letras más, letras menos, se estaba hablando de una sintomatología similar pero con un origen cada una en los sistemas reproductivos correspondientes. Según Micale (1990), esta es la primera mención de la idea de histeria masculina en la historia de la medicina.

Dos siglos más tarde, en Francia, Paul Briquet escribe su *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie* (Tratado clínico y terapéutico de la histeria), un estudio integral sobre la histeria.

Con Briquet se inaugura la idea de que la histeria tal vez no sea una afección del útero o esté relacionada con una actividad sexual insatisfecha, como era la opinión de los médicos hasta esa fecha. Briquet (1859) la consideraba una “neurosis del encéfalo”. De hecho, se mostraba

absolutamente en contra de las teorías reproductivas del origen de la histeria, al punto que reflexiona si no sería mejor cambiar el nombre a este trastorno, porque las anteriores o están demasiado relacionadas al útero como generador de los síntomas, o son demasiado generales.

Así las cosas, si las causas de la histeria eran de origen neurológico y no uterino, no había razón para descartar que el hombre también pudiera sufrirla. Briquet mismo afirmó haber tratado algunos casos de histeria masculina. Sin embargo, sus aportes tendrían un éxito limitado. Según palabras de Mark Micale (1990):

Briquet tenía pocas dudas de que la histeria era un desorden del sistema nervioso superior e insistió en su existencia para ambos sexos. [...] El de Briquet fue un avance sustancial para la conceptualización médica de la histeria. Sin embargo, la publicación de su monografía no logró el abandono de los modelos genitales de la histeria. Si bien fue significativo para Charcot y los Salpêtrianos de 1880, tuvo comparativamente poca influencia en sus contemporáneos.¹

Primeros estudios de histeria masculina en Charcot

Charcot fue uno de los grandes propulsores de la idea de la histeria masculina en la Europa de fines del siglo XIX (aunque no el único). Su trabajo fue parte de un proceso cultural más amplio donde la idea de género, de lo masculino y lo femenino, comenzaba a ser repensada (Micale, 1990). A grandes rasgos, se puede pensar que los estudios de Charcot sobre la histeria se dieron desde 1865 a 1893. En un primer momento, hasta 1878, la Salpêtrière (el célebre hospital parisino especializado en salud mental en el que Charcot trabajó durante toda su carrera) solo recibía pacientes femeninas, aquejadas por la histeria y otros tipos de neurosis.

Las razones por las que Charcot pudo haberse interesado en comenzar a investigar la histeria masculina, que ya de por sí implicaba una controversia, están relacionadas con el hecho de que su teoría de la histeria descartaba que su origen se diera en el útero, sino que le asignaba un origen neurológico. Su objetivo era el de la “desfeminización de la histeria”. Charcot creía que no debería haber diferencia en las enfermedades neurológicas entre hombres y mujeres, y estudiar la histeria masculina le daba una buena herramienta para comprobar eso. Además, para fines de 1870, Charcot había ya esbozado su teoría de la histeria femenina; qué mejor que todo un gran grupo de nuevos pacientes (adolescentes varones y hombres) para poder aplicarla. La idea de la histeria uterina era para Charcot un gran error que se había trasladado durante siglos, y era el momento de repararlo. Además, Charcot no era insensible al hecho de que se hiciera cada vez más común el uso de la histerectomía como tratamiento de la histeria en la mujer, lo que le parecía inútil y sádico, por lo que había más de una razón por la que Charcot quisiera comenzar a trabajar la histeria en los hombres (Micale, 1990).

El primer caso registrado de un hombre atendido en la Salpêtrière es de 1879, y recién en 1882 Charcot escribiría el primer caso de un histérico. Hasta 1893, año de su muerte, publicó más de 60 casos de histeria masculina atendidos por él, que provenían de las consultas externas que se habían abierto allí para estos casos, o de la enfermería general del hospital. Como indican Gauchet y Swain (1997), la obra de Charcot no presenta una teoría propia y general de la histeria, sino que se trata de una serie de enunciación de sus casos atendidos, “con lo que esto implica de lenta sedimentación”.

¹ Traducción propia.

Los casos de histeria masculina de Charcot

En este informe vamos a centrarnos en menos de una decena de casos publicados en el libro *Historia de la ansiedad*, de Stagnaro y Conti (2007). Hasta el momento se creía que la histeria podía atacar a varones en edad púber, afeminados y/o de clases altas. Charcot se propuso desmitificar esto. Los casos que presenta son en su gran mayoría de hombres mayores de edad, de clase trabajadora: cerrajeros, maquinistas, etc. Además se encarga de resaltar la heterosexualidad de sus pacientes en muchos de los casos. Por ejemplo, sobre su paciente Gui... dice que “desarrolló una inclinación desmesurada por las mujeres y la bebida. Trabajaba durante el día como sus compañeros, pero al terminar solía ir a bailar o al cabaret, y pasaba la noche con mujeres”. Charcot continuó este desarrollo de la siguiente manera:

Así, pues, la histeria masculina no es tan rara, ni mucho menos. [...] Se admite que un joven afeminado pueda presentar, luego de ciertos excesos, penas, emociones profundas, algunos fenómenos histeriformes; pero que un artesano vigoroso, sólido, no excitado por la cultura, un maquinista por ejemplo, para nada emotivo anteriormente, al menos en apariencia, pueda volverse histérico como una mujer después de un accidente de tren, de una colisión, de un descarrilamiento, parece que esto supera lo imaginable. Sin embargo, esto se ha comprobado, y habrá que acostumbrarse a la idea. (Charcot, 1888)

Al parecer, Charcot le daba suma importancia al factor herencia para la adquisición de la histeria. Los casos analizados comienzan con una búsqueda de problemas psiquiátricos en su ascendencia. Varios de sus pacientes tienen padres o abuelos alcohólicos, y madres o abuelas histéricas u otros problemas nerviosos. Charcot, según cita Micale (2007), creía que “la histeria en la madre frecuentemente produce histeria en el hijo”, sin proveer razones ni desarrollar demasiado este punto. Otro agente que Charcot tomaba como causante de la histeria en los hombres, a diferencia de las mujeres, y además de la herencia, era el alcoholismo. Varios de sus pacientes eran alcohólicos. Como se menciona antes, varios también eran mujeriegos, y este exceso sexual era considerado también por Charcot como un factor más. Gauchet y Swain (2000) dirán que Charcot, si bien intenta descartar lo sexual-reproductivo como causa para reemplazarlo por lo neurológico primero y luego por lo psíquico, nunca puede abandonarlo del todo. Esto se ve también con el concepto de “zona histerógena”: una zona del cuerpo “del tamaño de una moneda” que apretada o acariciada podía desencadenar toda la serie de síntomas histéricos. En el hombre, esta zona histerógena podía encontrarse en varias partes del cuerpo, pero sobre todo en la zona submamaria y los testículos e ingle. Micale (1997) contradice sin embargo esto en el caso de las histerias masculinas. Según él, las ideas de Charcot sobre histeria y sexualidad eran “complicadas”. Negaba completamente la causa sexual en estos casos; solía mencionarlo pero solo para terminar demostrando que las causas venían por otro lado. La masturbación, que era una gran preocupación en esa época, está dada como causa en solo 3 de los 61 casos registrados por Charcot. Llamaba la atención la moderación con la que describía la parte sexual de los casos, considerando que en la historia de la histeria la sexualidad de las pacientes había sido central en la explicación de la enfermedad. Sin embargo, Micale critica que, dadas sus intenciones de descartar lo sexual de plano, omite absolutamente el estudio de esto como un posible factor, lo que después Freud retomará al estudiar a sus histéricas.

Pero principalmente, y en particular entre los años 1885-1888, el estudio de la histeria masculina es paralelo al estudio de la histeria traumática en Charcot. Como vemos en los

ejemplos citados por Stagnaro y Conti (2007), el desencadenante de los episodios histéricos en los enfermos era un accidente físico. Lo llamativo para Charcot era, por un lado, el tiempo sucedido entre el accidente y la aparición de los síntomas histéricos, y por el otro, la incompatibilidad entre la intensidad del trauma físico (por lo general baja o sin consecuencias directas para el paciente) y la de los síntomas histéricos (de mucha mayor gravedad). Esto fue lo que hizo que Charcot dé un paso más allá a la explicación meramente física de la enfermedad: era el shock producido por el hecho traumático el que la desencadenaba. Por ejemplo, su paciente Gui... pierde un ojo en 1879 tras una herida con un cuchillo. Tres años después comienza a ver visiones cuando cierra los ojos, ve monstruos que se van apenas abre los ojos, pero vuelven cuando los vuelve a cerrar. En 1882 sufre otro accidente: cae de un tercer piso. Dos meses después, tras curarse de las heridas por la caída, vuelven las alucinaciones, a lo que se le suman episodios histéricos, que constaban de hemianestesia derecha, temblores en la mano de ese lado, órganos sensoriales afectados (particularmente la vista, recordemos que ya era ciego del ojo izquierdo). El paciente presentaba una zona histerógena: el testículo y cordón espermático derecho, que cuando era presionado, provocaba o interrumpía el ataque histérico. Los ataques, según indicaba el mismo Charcot, en poco diferían de los de las mujeres internadas en La Salpêtrière. Charcot se encarga de aclarar que el paciente nunca había visitado el pabellón femenino, por lo que no podía haber copiado la sintomatología de aquellas.

Histeria femenina e histeria masculina

En el caso de los pacientes masculinos, la sintomatología principal tenía que ver con sensibilidad afectada. 48 de los 61 casos registrados por Charcot presentaba ese tipo de síntomas, particularmente anestias o hiperestias (hipersensibilidad). Las hemianestias, o anestias de un solo lado del cuerpo, eran frecuentes. El caso de Pinaud, otro de los pacientes de Charcot, es particular. Había sufrido una caída desde dos metros lo que le había dejado unas contusiones leves en hombro y rodilla. Sin embargo, tres días más tardes presentó una paresia (debilitamiento) y anestesia en el brazo izquierdo. Estas monoplejias (parálisis de un solo miembro) no eran comunes. Sus sentidos (vista, gusto, oído) se vieron afectados del lado izquierdo. Si bien no presentaba ataques de tipo convulsivo, tras deliberar con sus estudiantes llegaron a la conclusión de que debía tratarse de una histeria. Unos días después, Charcot encuentra una zona histerógena en la zona submamaria de Pinaud y los ataques convulsivos comienzan en todo su esplendor, con las cuatro etapas que describía Charcot en sus grandes ataques histéricos: epileptoide, los grandes movimientos (que en Pinaud eran de una gran violencia: incluso se golpeaba la cabeza contra las rodillas), luego la de las actitudes pasionales (en la que demostraba furia hacia personajes imaginarios), y finalmente, la del delirio final. Charcot no consideraba que las cuatro etapas tuvieran que darse necesariamente para poder considerarse histeria en el caso de los hombres. De hecho, más de un tercio de los pacientes registrados no presentaban ningún tipo de convulsión. Pero si pasaban por la etapa de actitudes pasionales, estas solían ser aun más dramáticas que en los ataques histéricos femeninos (Micale, 1997)

Más allá de esto, Charcot no hacía grandes diferencias entre la histeria femenina y masculina. En cuanto al origen, consideraba que, como dijimos, el factor hereditario es preponderante para ambos sexos. Sin embargo, según sus cálculos, la mujer tenía 20 veces más posibilidades de sufrir de histeria, y además tenía la capacidad de transmitirla a sus hijos varones. Esto demostraba que Charcot no podía quitarse de encima la idea de que, en el fondo, la

histeria era fundamentalmente una enfermedad femenina. Las causas secundarias eran la mayor diferencia entre ambos sexos. Mientras que en los casos femeninos, las pacientes se enfermaban por una experiencia altamente emocionante, como problemas maritales, un amor prohibido, la muerte de un familiar, en el caso de los hombres, la causa era por lo general un evento traumático físico, combinados con enfermedades venéreas anteriores y alcoholismo. Es como si las mujeres enfermaran por un exceso de femineidad y los hombres, por un exceso de masculinidad.

A modo de cierre

Si bien sus teorías sobre la histeria no tuvieron repercusión luego de su muerte (Stagnaro y Conti, 2007), sus trabajos hicieron despertar el interés por ella. En particular, es reconocida la influencia que tuvo sobre los primeros trabajos de Sigmund Freud. Verdad es que Freud amplió el trabajo de Charcot, asignándole una mayor importancia al factor psíquico en los casos de histeria, el que Charcot empezó a indagar recién en sus últimos trabajos.

Freud se centró sobre todo en casos de histeria femenina. Hay un solo caso de histeria masculina registrado en su bibliografía, de 1886, en el que la prosa a la que estamos acostumbrados todavía no está presente, y que parece un caso más descrito de Charcot. Según palabras del traductor de Freud, James Strachey, el caso pasó desapercibido en esa época.

Finalmente, podemos ver que los casos de histeria masculina y femenina son lo bastante parecidos como para ser considerados una misma afección, aunque Charcot no logra despegarse del todo de estas diferencias en lo sexual. Si bien comienza por buen camino cuando, retomando a Briquet, pasa de una concepción uterina a una neurológica (y de ese modo, allanando el camino para que hombres y mujeres puedan supuestamente adquirir la histeria por igual), al analizar con más cuidado los distintos casos puede observarse que seguía diferenciando la histeria en ambos sexos, tanto por sus causas como por sus síntomas. Freud echaría un lado este problema al centrarse casi puramente en casos de histeria femenina.

Bibliografía

- Briquet, P. (1859). Definición de la histeria. En Conti, N. y Stagnaro, J.C. (2007) *Historia de la ansiedad. Textos escogidos*. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Charcot, J-M. (1887-1888). Parálisis histérico-traumática masculina. En Conti, N. y Stagnaro, J.C. (2007) *Historia de la ansiedad. Textos escogidos*. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Freud S. (1886) *Observación de un caso severo de hemianestesia en un varón histérico* Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Gauchet, M. y Swain, G. (2000) *El verdadero Charcot*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Levin, K. (1985) *Freud y su primera psicología de las neurosis*. México: FCE. Cap. III "Charcot, Freud y el modelo fisiológico de la histeria". (pp.54-78)
- Micale, M (1990). *Charcot and the idea of hysteria in the male: Gender, mental science, and medical diagnosis in late nineteenth-century France*. Medical History, 34, pp 363-411.
- Sydenham, T. (1755). La afección histérica. En Conti, N. y Stagnaro, J.C. (2007) *Historia de la ansiedad. Textos escogidos*. Buenos Aires: Editorial Polemos.