

ESCRITO 17. ENFERMEDADES COMBINADAS Y ASIMILADAS^{1*}.



Sandor Ferenczi (1901d). (Traducción: Equipo Indepsi - Biopsique).

Intervención del doctor Sandor Ferenczi en el marco de la enseñanza de neuro-psiquiatría en la asociación Real de médicos de Budapest.

1ª parte: Aspecto teórico

Durante mucho tiempo se utilizó las neuronas y los axones para explicar la locura. Sabemos bien, sin embargo, que esta terminología no puede por sí misma dar cuenta de las causas de los trastornos mentales: evidentemente esta no reposa únicamente sobre una base anatómica. En este sentido, nuestra sed de conocimiento está lejos de ser apagada, aunque sólo sea en una pequeña parte.

Seamos sinceros: la etiología de las grandes locuras está dada por la psiquiatría en sí misma, independientemente, me parece, de la histología cerebral.

Kant intentó identificar las enfermedades mentales en forma independiente de otras afecciones.

Brindo personalmente toda mi confianza a los filósofos que se han ocupado de ayudar y de comprender las almas en sufrimiento. Si estos trabajos no suscitaron ningún eco en otros filósofos, no es debido a que haya sido imposible establecer una base común con la psiquiatría y con la medicina de las enfermedades puramente somáticas, sino porque los neurólogos se apoderaron de las teorías psicológicas en lugar de los filósofos.

Nadie puede afirmar en nuestros días, sin ser víctima de un prejuicio masivo, que las enfermedades mentales solo expresan una pura y simple alteración patológica de la psiquis, es decir, del individuo mismo.

La noción de individuo, fundado sobre el concepto de unidad, supone que las funciones psíquicas del ser humano se llevan a cabo constituyendo una unidad superior, que llamamos el “yo”. El problema planteado es el siguiente: El “yo” unificado ¿Podría ser objeto de dos enfermedades diferentes y en forma simultánea? En otras palabras, ¿Un individuo puede sufrir dos trastornos mentales al mismo tiempo? O bien, por el contrario, ¿la ley física llamada “de impenetrabilidad” (dos acontecimientos diferentes no pueden producirse en el mismo espacio y en el mismo tiempo) es también válida para la psicología?

Reflexionando a esta pregunta de una forma abstracta, podemos decir que el individuo, aun el enfermo, conserva su unidad y que los síntomas de dos trastornos mentales pueden afectarlo.

No obstante, estos síntomas se combinan para, en definitiva, formar solamente uno en el sujeto enfermo.

Las observaciones y las experiencias publicadas en las obras especializadas justifican este punto de vista.

Las enfermedades mentales, es un hecho reconocido, pueden combinarse entre ellas. Los síntomas “exteriores” aparecen frecuentemente con ocasión de una enfermedad mental determinada.

Además, aunque esto es más raro que el caso precedente, dos enfermedades mentales pueden aparecer bajo dos formas distintas en el mismo momento en un individuo.

La psiquis humana, salvo en casos excepcionales, conserva siempre su unidad aun en la enfermedad.

1*.- “Coordinált és asszimilált, elmebetegségekéről”, en Gyógyászat, 1901, N° 18 y 19.

Nadie puede afirmar, aun en tal caso, que un hombre es simultáneamente objeto de dos enfermedades mentales: esto querría decir que nosotros acordamos una importancia exagerada a los síndromes y que “personalizamos” la enfermedad.

A lo más, observamos a veces en ciertos enfermos una doble serie de síntomas patológicos. Esta es la razón porque debemos adscribirnos a la idea de que la vida psíquica posee su unidad.

La experiencia prueba, en efecto, que los síntomas que surgen simultáneamente interactúan unos con otros, de una manera tanto inhibitoria, como estimulante. En virtud de ello, y aunque esta interacción sea determinante, no podemos considerar el conjunto de síntomas combinados como una simple suma de signos de cada enfermedad.

Los casos publicados en la literatura especializada muestran que los síntomas de enfermedades mentales se combinan y se complejizan en grados diversos. En un mismo sujeto pueden surgir dos enfermedades mentales endógenas. Una cuya etiología revela una herencia mórbida, la otra afectando la psiquis poniendo en juego el “yo profundo” en la cual ninguna degeneración de los tejidos nerviosos aparece.

Cuando dos tipos de afecciones mentales como estas se combinan, sus síntomas terminan por confundirse, organizarse entre ellos, y por crear un tercer tipo de síntomas.

Tomemos el ejemplo de un neurasténico preso de ideas melancólicas. Estas dos sintomatologías, organizadas entre ellas conducen a un tercer cuadro: la melancolía neurasténica llamada también neurastenia depresiva y aguda. Lo mismo para dos enfermedades mentales de etiología exógena: la degeneración del sistema nervioso puede acompañar al alcoholismo, al morfinismo o a la parálisis.

Los síntomas terminan, a final de cuentas, por constituir una unidad tan perfecta que es imposible agruparlas en series verdaderamente independientes las unas de las otras.

Cuando dos enfermedades mentales se ligan, cuando sus síntomas combinados son homogéneos, estamos en presencia de un mecanismo de asimilación de dos cuadros gnosológicos.

Es totalmente distinto si se trata de enfermedades mentales extremadamente diferentes la una de la otra. Ejemplo, una enfermedad endógena combinada con una afección exógena.

En este caso, los dos síndromes, aun cuando están combinados y ejercen una influencia el uno sobre el otro, guardan una autonomía relativa: hablamos entonces de coordinación de dos tipos de enfermedades mentales.

Ilustremos, con un ejemplo clínico, la diferencia entre coordinación y asimilación. La sintomatología de dos enfermedades mentales homogéneas diremos que se combinan, cuando los síntomas de dos trastornos mentales heterogéneos se mezclan, se amalgaman, se unifican. En este caso, los desórdenes psíquicos, llamados endógenos, no son en el sentido estricto enfermedades, sino perturbaciones en la organización de las funciones del cerebro.

Esto es válido para las malformaciones congénitas.

Por el contrario, las formas exógenas de trastornos mentales resultan muy a menudo producto de afecciones patológicas de los tejidos cerebrales. De esta forma, podemos comprender que dos anomalías funcionales (*abnormalis fejlödes*) afecten el mismo órgano o que dos enfermedades que afectan el mismo órgano se combinen y dependan la una de la otra.

Si, por el contrario, una enfermedad afecta a un órgano mal formado, la enfermedad ella misma y la displasia (*az abnormitás*) serán distintas la una de la otra.

Me gustaría hablar de un enfermo del servicio en el cual ejerzo. Pude observar en él síndromes coordinados de paranoia y de demencia parálitica, esta última en vías de desarrollo. La parálisis es una afección neurológica cuyo origen es exógeno. Los especialistas actualmente, consideran cuando esta ocurre, que la causa es debido a un agente externo: esto es verdad para la sífilis pero también para otros trastornos que acompañan la sífilis: traumatismos, disforia, neurastenia, etc...

No obstante, pocos son afectados de degeneración propiamente dicha.

La paranoia es una enfermedad de origen endógeno. Ella tiene por causa esencialmente una herencia

mórbida ligada a circunstancias desencadenantes. Los signos de degeneración mas bien frecuentes testimonian el hecho de que la paranoia es una verdadera degeneración psíquica. De hecho, la parálisis conduce a una degeneración de todo el sistema nervioso, sobretodo de la región del cortex, así como un gran número de trastornos somáticos. La alienación mental es una característica de este trastorno psíquico.

Nuestros conocimientos actuales acerca de la paranoia no nos permiten, desde el punto de vista etiológico, evocar la existencia de lesiones anatomo-patológicas específicas.² El proceso deteriorante se desarrolla en el hombre, y el examen psicológico permite solamente ponerlo en evidencia.

La etiología diferente de estos dos trastornos explica que su combinación sea bastante rara.

El paranoico, según las estadísticas recientes, dispone de una inmunidad normal en contra de afecciones como la parálisis. No es ni más ni menos afectado por este mal que otros pacientes. Sólo, la diferencia sintomática de dos formas de enfermedades suscita la independencia de una en pos de la otra, razón por la cual son discernibles en tanto son enfermedades “coordinadas”.

En el caso aquí evocado, los síntomas de la paranoia precedieron a los de la parálisis. Esto parece natural porque la paranoia se manifiesta a una edad bastante temprana, mientras los trastornos psíquicos asociados a la parálisis aparecen muy a menudo tardíamente.

Si la paranoia hubiera acompañado a la parálisis habría sido mucho más difícil de distinguir, por una parte los síntomas propios a la paranoia, y por la otra, aquellos de la parálisis.

El post hoc no se reduce, en consecuencia, a propter hoc, quiero decir que la paranoia no es la causa de la parálisis que se desarrolla después. Se trata, de la concurrencia, de la “organización”, rara y accidental de dos formas de trastornos.

Muchos casos fueron publicados al respecto. Sucede que un paranoico termina por sanarse, y, luego de un cierto número de años, surgen los síntomas de parálisis cerebral.

En ciertos casos de paranoia crónica, la parálisis se desarrolla exactamente al mismo tiempo que la otra enfermedad.

El problema que se plantea entonces es saber si la paranoia no es un trastorno mental consecutivo a la parálisis general, característica de la sífilis.

A mi parecer, hay que examinar cada caso por separado. Ciertas parálisis están estrechamente relacionadas a la sintomatología de la paranoia. Delirio de persecución, ideas eróticas delirantes, megalomanía, el conjunto se organiza y se entremezcla íntimamente.

Notemos sin embargo que las ideas delirantes no se constituyen nunca en tales casos como un sistema rígido, estructurado y definitivo. El enfermo no se involucra con esta forma tan característica del delirio y el contenido cambia a menudo. Puede también modificarlo artificialmente por inducción, sugestión, también dándole explicaciones, y disiparse por un tiempo.

Se constata, además, una extraña desproporción entre el contenido de las ideas delirantes y la actitud exterior del enfermo. No podemos ni afirmar ni sostener que la paranoia es uno de los síntomas provocados por la parálisis y, directamente asociado a ella, si el delirio de persecución no constituye una red de ideas permanentes, fijas, tenaces, repetitivas. Esto no es cierto sino cuando el enfermo, enteramente absorto por el contenido preciso de su delirio, sale de su alma completamente alienada por el delirio.

La otra dificultad diagnóstica está dada por el hecho de que los síntomas crónicos de la parálisis, tras un cierto tiempo, pueden aparecer en el curso mismo de una paranoia, como en el caso de la parálisis de los músculos faciales así como en la lata differentia.

Confirmaremos entonces el diagnóstico de parálisis sólo cuando estemos seguros que los síntomas son la manifestación somática de una parálisis evolutiva.

2.- Específicas: Esto aún es verdad en 1994. NDT.

2ª parte: Ilustración clínica.

A continuación voy a ilustrar y precisar lo que quiero decir.

El Señor H. Antal, uno de mis enfermos, de 56 años de edad, nació de un vínculo pasajero, e ignora quién fue su padre. Nada en su anamnesis permite encarar la eventualidad de una herencia mórbida. Cuando su madre murió, el señor Antal, al enterarse de la noticia se desmayó. Una mujer que vivía en la calle Király, recogió por caridad al pequeño niño de siete años que era en ese entonces. Ella lo condujo, transcurrido un tiempo, a la prefectura. Custodiado por dos policías, lo condujeron a alguien llamado János, maestro tornero de oficio, diciéndole que era su padre. El hombre, sin tardar, obligó al niño al trabajo duro, infligiéndole malos tratos, golpeándolo, pretendiendo que el niño, aunque se defendía, era un vulgar ladrón. No obstante, la vida que vivió enseguida nuestro paciente prueba que las sospechas del señor János no eran sin fundamento.

A los trece años, nuestro paciente, cansado del trabajo y de los malos tratos, se escapó de la casa. Sin domicilio fijo, vagabundeo. Para vivir, efectuaba pequeños trabajos por el día, pero muy a menudo, robaba de una manera bastante original. Fijaba una especie de anzuelo en la punta de un bastón y durante la noche por las ventanas que quedaban abiertas, él pescaba todo lo que encontraba a su alcance.

En 1863, a la edad de 19 años y declarado apto para el servicio, entró en el 32º regimiento de infantería en donde sirvió durante 12 años como soldado raso.

Frecuentemente castigado a causa de su indisciplina, condenado 2 veces a recibir golpes de palos y varias veces al hoyo negro, no dejó por ello de robar. En la tarde luego de sus tareas, iba a la ciudad y saqueaba "sin arma" según cuenta, pero con el uso del buen sentido y la habilidad de sus manos.

Jamás alardeaba de sus robos sabiendo pertinentemente que esto le traería prejuicios, pero no se lamentaba de nada y no compadecía a las víctimas de sus robos ya que, según él, tenían bastante dinero y yo no tenía nada; guardaba entonces el secreto de sus "actividades" nocturnas, pero a veces hacía "regalos" a sus camaradas.

En 1866, participó en la campaña llevada por los Austriacos y los Prusianos. Luego de su servicio, dedicó su tiempo a robar, a vagabundear, pero tuvo menos suerte que antes. Cayó preso varias veces y fue condenado por un robo y puesto en prisión; una primera vez en 1881 durante tres años, una segunda vez por tres años de nuevo, y una tercera vez por dos años. En total pasó 11 años en las prisiones de Galgóc-Lipótvár, de Szamosújvár y de Sorpon. Sus condenas fueron siempre consecuencia de una denuncia o de una traición.

Al comienzo del segundo encarcelamiento, tenía la impresión de que las personas lo miraban en forma rara, fijamente y murmuraban sobre él. Se puso a beber mucho. En efecto, desde 1894, seres invisibles arponeaban sus piernas, sus manos y sus caderas. Habiendo tenido viruela cuando era niño, creyó que era sifilítico aunque no se encontró ningún trazo de gonococos en los exámenes.

En el curso del tercer encarcelamiento, fue transportado al Instituto nacional para el cuidado de los detenidos (Budapest) el 15 de Diciembre de 1899, fue internado como enfermo mental en el hospital de los pobres "Erzsébet" en donde se encuentra actualmente. El 17 de Julio de 1900, establecí un cuadro sintomatológico de su estado de salud.

He aquí los resultados del examen neuro-psiquiátrico:

.- Estatura: 1,59

.- Medida de los brazos abiertos: 1,64

.- Medida de la caja craneana:

- diámetro bipolar: 158mm,

- diámetro bitemporal: 135mm,

- diámetro frontoccipital: 188mm,

- altura: 139mm,

- perímetro craneano: 500mm.

El enfermo tiene orejas pequeñas ligeramente despegadas cuyos lóbulos están soldados. Las arrugas de su frente se han borrado prácticamente y logra arrugarlo sólo con dificultad.

El pliegue izquierdo de la región naso-labial está borrado y la comisura izquierda permanece fija hacia atrás cuando habla, ríe o silba.

Sus músculos faciales tiemblan cuando saca la lengua.

El movimiento de sus ojos es libre, pero sus pupilas son diferentes: la izquierda está contraída, la derecha está semi abierta: no tiene ni reflejo directo, ni reflejo consensual. La adaptación es progresiva, las pupilas se recogen lentamente.

- Visión: ojo derecho 5/15; ojo izquierdo 5/20.

El test del espejo muestra que la ambliopía es debida a la atrofia del nervio óptico aferente en los dos ojos.

Las dos pupilas, pero sobretudo la izquierda, son de color “gris sucio”. Los límites son difusos y se distingue más el orificio de la lámina arborosa.

Las dos arteriolas son muy estrechas. Por la oreja derecha, el enfermo escucha un susurro a seis metros de distancia. Por la izquierda, lo escucha a tres metros. La articulación de las vocales es correcta pero la voz tiembla. Las frases son correctamente articuladas pero el tono es monótono, sin relieve, salvo cuando esfuerza su voz.

Al repetir ciertas palabras difíciles, las divide en sílabas y las balbucea. Tiembla al escribir y olvida la letra S de su nombre que reemplaza con otra.

Su mano derecha es débil: el dinamómetro indica 70 para la mano derecha y 90 para la izquierda.

El reflejo rotuliano está ausente a cada lado. La sensibilidad dérmica es normal.

En posición de pie, los ojos cerrados, se balancea. Lo mismo cuando yo le pido dar vuelta sobre sí mismo. Su caminar es atáxico. Los músculos de sus brazos, por el contrario funcionan normalmente.

El enfermo es sensible y localiza perfectamente los pinchazos al contacto con el dedo. Las reacciones de los miembros inferiores sin embargo son más lentas. El enfermo siente dolores en sus piernas y cree que alguien lo traspasa con un arpón, dejándolo un tiempo para luego sacarlo. Se imagina también que se lo puede volver un niño.

Bebe poco a causa de los dolores que le infligen sus “torturadores”, pero también a causa de olores nauseabundos y de murmullos. Está absolutamente convencido que se burlan de él y que lo torturan.

Tiene, sin embargo, buen apetito y come normalmente. Sus deposiciones y su orina no presentan nada de anormal.

Comete muchos errores en las sumas y efectúa difícilmente restas extremadamente simples. Él dice: “ $6 \times 9 = 63$ entonces: $9 \times 6 = 54$, ¡oh perdón! ¡discúlpeme, 63!” Yo le pregunto: “si nosotros estamos en 1883 ¿en qué año estábamos hace nueve años atrás?” Él no responde esta pregunta. Por otro lado, da respuestas exactas a: “ $4 \times 4 = 16$ ” y “ $5 \times 6 = 30$ ”.

Sabe también cuántos Krajczár hay en 10 forints. Su memoria es buena. Sabe su fecha de nacimiento, la fecha del día de su primer encarcelamiento y algunos detalles acerca de la campaña de 1866. Se acuerda bien de los oficiales que tuvo en esa época, pero por el contrario ignora por qué razón fue puesto en prisión la segunda vez.

“Se trataba, según me acuerdo, dice él, del robo de un salame. Fueron muy severos conmigo ya que yo reincidía”.

Durante el examen, seguramente por los guardias, pone atención al menor ruido. Si le pregunto lo que pasa en ese momento, responde que sus torturadores lo espían y que le susurran en la oreja algunas insensateces. Un ejemplo, él escucha: Lauskerl, Auskunft woll'n wir haben. ¡Tú, nos has traicionado pero nosotros no traicionaremos a Herbst!. Estas frases extrañas se le imponen sobre todo en la noche. Justo ante de su ventana “alguien” se detiene, las voces susurran su nombre...

Desde 1894, no han dejado de inflingirle golpes de arpón que le traspasan las piernas.

No sabe quien lo arponea. Sin embargo si sorprendiera a uno de ellos, él no sabe lo que “le haría”. Aunque es de naturaleza estrictamente pacífica, no retrocedería ante un asesinato. Los que lo torturan lo saben hacer bien ya que él no los puede percibir. Uno de los que le persigue tiene, dice él, su sangre mezclada con la suya. El se arponea a sí mismo para que el famoso Herbst sienta los dolores.

Apenas se duerme, siente que “ellos” lo amonestan todos juntos permaneciendo invisibles, además “le soplan olores nauseabundos y sensaciones repugnantes en la nariz y la boca, para que él los insulte”.

Desde hace muchos años, Antal H. se tortura el alma para encontrar quien podría ser su perseguidor.

¿Quizás es Leidensdorfen con quien pasó una parte de su infancia y que aprovechó para apropiarse de sus pensamientos más íntimos?. Él no comprende como, en efecto, pueden susurrarle al oído exactamente las mismas ideas que le atraviesan su espíritu en ese mismo momento.

Según el señor Antal H., no es imposible que se trate de un tal Morvai: nuestro enfermo se recuerda claramente que se encontraron un día en la vieja ciudad de Buda y que cuando este último lo vio, se escondió para desaparecer en la muchedumbre. Antal H. no excluye tampoco el hecho que entre los otros enfermos se encuentre un aliado de su perseguidor. Durante mucho tiempo sospechó de un señor “J” que dormía en el lecho vecino al suyo. Por ello lo observó durante tres meses, cerrando los ojos, simulando el sueño para espiar mejor lo que el otro hacía. Otras veces, en cambio, son voces femeninas que susurran a sus oídos palabras obscenas. Estas voces, cree él, vienen de las hijas de un tornero llamado “D”.

Antal sospecha que un día, cuando él miraba por la ventana, dos niñas “pasaron a propósito para reírse de él”. (SIC)

Después de largo tiempo nuestro enfermo “sabe” quien lo persigue. En la prisión de Sopron, los empleados, sigue él, escamoteaban su ración y “alguien” sólo le daba, agrega, platos rotos que tenían mal gusto, siendo todo una mezcla de sustancias repugnantes. Sus compañeros de celda, todos mal vivientes lo denunciaban al profesor Moravczik: Ellos lo espiaban.

Cada encarcelación era, dice él, el resultado de una intriga hábilmente llevada por sus adversarios que le traicionaban adivinando sus pensamientos.

Un día, percibiendo a dos hombres sospechosos en la calle, él les gritó bruscamente por la ventana: “¿Quiénes son ustedes?” Ellos pretendieron ser fabricantes de mocasines. Nuestro enfermo “comprendió” en ese momento que ellos se hacían páfidamente alusión al arponeo de sus piernas y que “ellos estaban al corriente de todo”. Es más, el que, durante la noche le susurraba actualmente a los oídos, conocía todos sus pensamientos. Antal H. estaba absolutamente convencido que alguien podía decir en voz alta todos sus pensamientos íntimos.

El ignora por qué razón lo persiguen. ¿Podría ser la envidia por tener más habilidad y experiencia?. Sea como sea , “alguien” lo atormentará hasta que se convierta en un mendigo.

i Antal H. estuviera libre, pasaría su tiempo persiguiendo a su perseguidor, se vengaría , lo haría sufrir todo lo que él mismo ha sufrido. Lo dejaría en la cárcel durante 11 años en donde los guardias lo arponearían sin cesar hasta que lo mataran. Además, él tendría mucho dinero. Yo le pregunto “¿Cómo es esto?”, sonriendo, él me responde: “H. sabe muy bien como llevar sus negocios, jamás estará en la ruina”.

Luego de otra respuesta, me confió que tenía una amante llamada Örszi, que la dejó ya que ella también estaba en el complot. El no hacía el amor con ella desde hacía seis años (ya no tenía ganas) ya que él tenía miedo de todas esas cochinas.

Antes, Antal H creía en Dios, pero luego de las malas jugadas y mentiras de los curas, ya no se va a confesar y no reza tampoco. Reconoce, ciertamente, la existencia y el significado de las leyes y las autoridades, pero no siente ningún escrúpulo en robar.

En fin, tiene poco contacto con sus amigos, se muestra muy cauteloso, hermético y silencioso. Durante la noche, a veces habla en voz alta con sus perseguidores a quienes dirige insultos y amenazas.

Nadie puede hacerle entender que este “arponeo” es la expresión de los dolores de su propia enfermedad.

Luego de prescribirle analgésicos, las sensaciones de “arponeo” desaparecieron aunque la impresión subjetiva siguió siendo la misma. En resumen, luego de su llegada al hospital, su estado no ha cambiado gran cosa. Su paranoia y los síntomas de la parálisis general no se han agravado más.

Esta historia ilustra con claridad como una paranoia puede encontrarse mezclada con los trastornos psíquicos surgidos de la parálisis. El caso de Antal H. es un ejemplo de la coordinación de síntomas de la parálisis y de la paranoia.

Ninguno de los trastornos significativos de la taboparálisis está ausente:

- parálisis del sistema nervioso cervical,
- diferencia pupilar (pupilas fijas en reacción a la luz),
- atrofia del nervio óptico,
- ataxia,
- ausencia del reflejo rotuliano,
- dolores lacerantes,
- trastornos del habla y de escritura,
- ligera debilidad (realización penosa y defectuosa de cálculos simples).

Las alucinaciones auditivas, olfativas, gustativas, así como las ideas delirantes de persecución se constituyen en un sistema rígido e inabordable con la interpretación de la realidad pasada o actual. Los dolores y los delirios colocan al enfermo al centro de todo acontecimiento. En efecto, esto es característico del diagnóstico de paranoia con delirio alucinatorio.

Esta combinación de dos afecciones, la parálisis y la paranoia, vuelve al enfermo calmo y relativamente moderado en sus reacciones. Sin duda es esto lo que le permite hacer frente a los asaltos repetidos de las ideas delirantes paranoides.

Es difícil decir por lo tanto si es la paranoia que acrecienta en importancia y en intensidad los trastornos psíquicos debidos a la parálisis. Es difícil saber en qué medida esta juega un rol.

Sabemos poco acerca de los antecedentes y la historia familiar del enfermo. Ninguna degeneración en la familia es particularmente recordada. El enfermo niega que pueda haber tenido o tenga sífilis en su familia.

La vida del Señor Antal no es sino un encadenamiento de robos y condenas . Se puede pensar que no es más que un desdichado degenerado cuya propensión al vicio se desarrolló bajo la influencia de circunstancias sociales desfavorables, pero no tenemos, de hecho, bastante información al respecto para enfrentar seriamente el fundamento de esta doble etiología. Todo esto reduce, concuerdo, un poco al alcance ilustrativo de nuestro caso.

Antal H. forma parte de la clase de hombres que no tienen moral y que pasan una buena parte de su vida en prisión. De esos hombres que terminan siempre por llegar a una casa de locos o la sociedad les ofrece asilo.

No podemos por lo tanto excluir la eventualidad de una sífilis ya que sabemos de su vida desviada y de su frecuentar mujeres de mala vida.

Otra debilidad en la exposición del caso: el hecho de que no pude ver declararse las enfermedades desde sus inicios. También me es difícil hablar con toda certeza de la evolución de los síntomas en su cronología; yo no estuve, de hecho, sino confrontado a elementos emanados de una memoria falseada

Aun cuando haya que renunciar a establecer, en estricto rigor, las bases que justifiquen la etiología de esta afección, el diagnóstico mismo no está puesto en cuestión. Los síntomas presentados por Antal H. no son reducibles a ningún síndrome conocido de la patología mental clásica. Ni al de la paranoia pura, ni al de la parálisis general estricto sensu, ya que estamos en presencia del desarrollo simultáneo de dos procesos mórbidos intrincados. En efecto, se trata de la complicación de dos enfermedades heterogéneas la una con la otra. Fui conducido a establecer dos cuadros sintomatológicos que no se reducen el uno al otro. Están

estrechamente ligados y es difícil aislarlos.

En un caso como este, podemos hablar de coordinación.

Este estudio de caso refuerza mi convicción personal que formularé para terminar de la siguiente manera: "Los síntomas de enfermedades mentales homogéneas se asimilan unos a otros mientras que los síntomas de entidades mórbidas heterogéneas se coordinan, es decir, permanecen perfectamente discernibles unos de otros".

Volver a Selecciones Ferenczianas

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE

<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>

Contacto: alsfchile@alsf-chile.org.