

PERCEPCION Y HUMOR DELIRANTE

I PARTE

Análisis fenomenológico y existencial.

Por el PROF. J. LÓPEZ-IBOR.

(Madrid)

Publicado en ACTAS LUSO-ESPAÑOLAS DE NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA

Volumen XII.—Abril 1953.—Número 3.

EXPOSICIÓN DE 1889

1889

EXPOSICIÓN DE 1889

EXPOSICIÓN DE 1889

1889

El problema de las ideas delirantes es, sin duda alguna, uno de los más importantes de la psicopatología. Y aunque sea en sí sólo un problema psicopatológico, sus proyecciones clínicas también adquieren una singular importancia. Del modo cómo se enfoque y resuelva la psicopatología de las ideas delirantes depende la aceptación o no de unos grupos de enfermos delirantes como entidades clínicas independientes. El clásico problema de la paranoia existe o se disuelve según lo que lleguemos a pensar de la estructura de las ideas delirantes y de su sistematización.

En el Congreso Mundial de Psiquiatría de París (1950), la "psicopatología de los delirios" fué el tema de la primera sesión plenaria. Los trabajos de GUIRAUD, MAYER-GROSS, RÜMKE y de MORSELLI, así como las intervenciones en la discusión (de BOEUF, DELGADO, GOZZANO, GRUHLE, KAHN, KEHRER, LÓPEZ-IBOR, MINKOWSKY y STRANSKY) y el resumen que presentó SUTTER de la discusión de las ponencias en las diferentes sociedades nacionales de Psiquiatría, demuestran hasta qué punto reina todavía, sobre tema tan clásico, una confusión babélica. Ni apenas en cuestiones de terminología se ponen los psiquiatras de acuerdo (1). La primera raíz de la confusión se halla en la mezcla de los problemas psicopatológicos y clínicos. La claridad sólo puede venir de su separación y, sobre todo, de lograr una psicopatología de las ideas delirantes lo más clara posible.

(1) Se ha pensado muchas veces en el modo de evitar la terminología babélica que inunda la psiquiatría. El método más sencillo, al parecer, consiste en adoptar, por convenio, una terminología internacional. Yo mismo propuse, en el último Congreso de Psiquiatría, la creación de una comisión que tuviese este cometido. (Véase "Diario del Congreso".) Pero sería un error creer que así se remediaría totalmente la situación. Las divergencias de lenguaje y terminología proceden de divergencias en el modo de pensar, y éstos no son tan fáciles de anular. Quizá el lento avance de la psicopatología lo consiga.

La escuela alemana ha hecho un esfuerzo considerable en este sentido, cuyo resultado hay que tomar como punto de referencia una y otra vez. Desde el punto de vista psicopatológico los hitos fundamentales se hallan representados por HAGEN (1870) y NEISSER (1891) entre los predecesores, y JASPERS, GRUHLE y SCHNEIDER entre los actuales. Independientemente unos de otros, pero apoyándose en el mismo subsuelo, han contribuido decisivamente a dilucidar lo que sabemos de la psicopatología de las ideas delirantes. Ultimamente, KURT SCHNEIDER ha hecho una exposición, tan clara y lúcida como siempre, de sus puntos de vista sobre el problema, en la Enciclopedia Médica Italiana, artículo "Delirio". El texto ha sido publicado en alemán con el título "Über den Wahn". El esfuerzo que en él se realiza para dejar totalmente depuradas las ideas en torno a este problema es considerable. El lector adquiere la impresión de que se han alcanzado ya los límites de lo que el método fenomenológico pueda dar. SCHNEIDER mismo parece pensar algo análogo. Hasta cierto punto se trata de una impresión general, y buena prueba de ello es que MATUSSEK, en su último trabajo sobre la percepción delirante, busca nuevas interpretaciones evadiéndose de la fenomenología y amparándose en psicología estructural.

La psicología fenomenológica se esfuerza en lograr un análisis, lo más puro posible, de lo que pasa por el sujeto cuando se está produciendo el fenómeno morboso, o mejor dicho, la "vivencia" morbosa. No hay que confundir—sobre esto se ha insistido muchas veces—la psicología fenomenológica con la filosofía fenomenológica y mucho menos con la analítica existencial. Muchos psiquiatras introducen, indiscriminadamente, estas tres direcciones del pensamiento en el mismo apartado, de lo cual no resulta sino una gran confusión.

Para los que dudan de la importancia de la psicología fenomenológica no hay más que situarlos ante los hallazgos conseguidos mediante el análisis de la experiencia delirante. Cuando los clínicos clásicos trataban de lograr una definición de la idea delirante, incurrian en una verdadera petición de principio.

He aquí unas cuantas definiciones clásicas:

"Idea delirante es un error engendrado morbosamente, y al mismo tiempo incorregible." (BUMKE.)

"Idea delirante es una representación morbosamente falseada e incorregible." (HOCHÉ.)

"Idea delirante es un error surgido del sentimiento de significación morbosamente alterado; es incorregible porque es vivida como inmoviblemente cierta." (BLEULER.)

"Idea delirante es una representación morbosamente falseada." (KRAEPELIN, 1883.)

"Ideas delirantes son errores engendrados de un modo morboso, que no son accesibles a la justificación por fundamentos motivados." (KRAEPELIN-LANGE, 1927.)

Como se ve, en todas estas definiciones interviene la palabra "morboso". El error es error delirante cuando se engendra morbosamente; pero precisamente esto es lo que debemos averiguar: que tal error o tal idea, aunque no sea errónea, tenga un origen morboso. La psicopatología no fenomenológica apela, en tal caso, a los caracteres de contenido para demostrar la morbosidad del error. JASPERS ha resumido en estos tres puntos tales caracteres: 1.º, la convicción extraordinaria con la cual son mantenidos y su extraordinaria certidumbre subjetiva; 2.º, la impenetrabilidad a la experiencia y a las refutaciones lógicas; 3.º, la inverosimilitud del contenido.

Pero estos tres caracteres no bastan *siempre* para caracterizar a una idea delirante, aunque muchas veces pueden ser suficientes. Existen ideas delirantes que son verosímiles. Muchas veces el enfermo no se muestra tan absolutamente impenetrable a la refutación. Con frecuencia le decimos a un esquizofrénico que en su fase inicial nos cuenta que la gente en la calle le mira de un modo especial o que le hacen señas al entrar en un café. "Pero, ¿cómo puede usted creer que es tan importante que todo el mundo está pendiente de usted?" Y algunos responden, perplejos: "Sí, realmente no puede ser, pero algo anómalo debe ocurrir." Falla aquí esa convicción extraordinaria y ese criterio absoluto de certidumbre subjetiva. (Más adelante veremos de qué clase de certidumbre se trata.) En mi trabajo sobre "Modalidades psicopatológicas de las ideas delirantes" publiqué un ejemplo muy instructivo y esclarecedor, por lo que creo conveniente reproducirlo aquí.

"Hace cuatro años y medio, en los primeros días del Movimiento Nacional, estaba impresionado por los sucesos que se desarrollaban. Fué a casa de un amigo suyo y éste, para tranquilizarle, le dió una copita de azahar. Al tomarla sintió mucho dolor y se mareó; tuvo que acostarse y no pudo conciliar el sueño porque no podía quitar de su pensamiento su vida anterior y la "repudiaba". Antes había ido mucho a casas de prostitución, y en aquel momento tal conducta le parecía repugnante. Esto le duró un par de horas y se le pasó. Las tres noches siguientes no podía dormir. Durante estos tres días estuvo pensando en tres ideas que continuamente le dominaban y que subjetivamente le eran agradables, pero no podía dejar de pensar en ellas aunque se lo propusiera firmemente. Los demás acontecimientos que ocurrían a su alrededor no le interesaban, no ponía atención en ellos, y si le hablaban no contestaba. Una de las tres ideas era "que quería mucho a su madre". Esta idea le aparecía solamente cuando veía a la madre y se le acercaba a él. La segunda idea era "los Nacionales ganarían la guerra", y la tercera "que tenía la certeza absoluta de estar en comunicación con Dios mediante un aparato especial, como de telégrafos, que transmitía la onda al hierro de la cama, y como tenía en contacto la cabeza con estos hierros, notaba que le penetraba la onda en la cabeza y pensaba en la existencia de Dios y en su omnipotencia". Después, cuando estuvo acostado en su cama sobre un colchón y sin contacto directo con el hierro de la cama, seguía percibiendo la onda también. Cuando "le penetraba la onda" pensaba en las tres ideas expuestas arriba, pero nunca tuvo las dos o las tres ideas simultáneamente. Cuando cambiaba el pensamiento de una a otra idea "notaba cómo saltaba la onda en su cabeza". Las ideas las veía claras y precisas."

En este caso se plantea con nitidez la insuficiencia definitoria de los caracteres exteriores. Por su contenido no puede haber otra idea más normal que "la de querer mucho a su madre". La idea de que "ganarían los Nacionales", ¿por cuánta gente no era compartida y cuán racional y lógica resultaba? Sin embargo, aparecen aquí con los caracteres interiores de idea delirante. Su carácter vivencial es el mismo que el de la tercera idea de "estar en comunicación con Dios a través de los hierros de la cama", que es francamente delirante. Se ve cómo la vivencia es en tal grado idéntica que la "onda salta de una a otra". Se trata de inspiraciones súbitas que incluso aparecen en este caso con carácter temporal bien limitado.

En la búsqueda de la caracterización de ese origen morboso de las ideas delirantes, la escuela fenomenológica distingue entre las *ideas delirantes primarias* y *secundarias*. Las segundas derivan de una vivencia que les precede; por ejemplo, la idea delirante de ruina del melancólico, que está engendrada por un

estado de ánimo triste. En castellano diríamos mejor ideas delirantes *explicables* e *inexplicables*. Que un melancólico se crea arruinado es una idea delirante explicable; pero que alguien comience a creer que todos los que se llevan los pañuelos a las narices quiere decir que es un homosexual, resulta realmente inexplicable (2).

KURT SCHNEIDER distingue, como resultado del análisis fenomenológico de las diversas modalidades del delirio, las siguientes:

1. Percepción delirante (3).
2. Ocurrencia delirante.
3. Reacción delirante (reacción vivencial delirante).

Se habla de *percepción delirante* ("Wahnwahrnehmung") cuando una *percepción real recibe una significación anormal sin que exista para ello motivo comprensible racional ni emotivo*. La significación, por regla general—con excepciones—se dirige al yo, es decir, tiene el carácter de autorreferencia.

Esta percepción delirante debe diferenciarse de la autorreferencia que tenga un motivo comprensible. En este caso se monta no tanto sobre falsas interpretaciones como sobre determinados estados de ánimo, tales como angustia, desconfianza, recelo, etc. Un ejemplo es el del niño que teme que la madre le descubra en la mirada que acaba de masturbarse. A este grupo llamaba JASPERS "ideas deliroides" (wahnhafte Ideen) y para él propone K. SCHNEIDER el nombre de reacciones vivenciales deliroides ("wahnähnlichen Erlebnisreaktionen"), o más simplemente "reacción deliroides" ("wahnähnliche Reaktion"). *La idea se mantiene plenamente en la dirección del estado de ánimo existente* y por ello resulta comprensible. La percepción delirante no incluye todo el perímetro del delirio. En esto se diferencia la opinión de K. SCHNEIDER de la de GRUHLE.

No consiste, según este autor, en una alteración de la percepción, sino, por el contrario, la percepción se halla alterada por la vivencia delirante, de suerte que ésta adquiere un rango singular. Pero, ¿en qué radica su característica más esencial y perentoria? GRUHLE dice que se trata de un "ponerse en relación sin motivo (4)". Un enfermo nuestro ve a un viajero de un tranvía que estornuda. El enfermo inmediatamente cree que aquel estornudo significa que él es

(2) Me refiero, naturalmente, al uso popular de las palabras. Con arreglo al método fenomenológico hablaríamos aquí de *comprensible* e *incomprensible*. Lo incomprensible es precisamente lo que se puede explicar más allá de la psicología, recurriendo a los principios de la ciencia natural.

(3) Utilizamos aquí la expresión *percepción delirante*, que traduce exactamente la expresión alemana *Wahnwahrnehmung*. Sin embargo, podría utilizarse la expresión *intuición delirante*. La dificultad reside en que algunas *ocurrencias* delirantes son también intuiciones (intuir = percibir o entender clara e instantáneamente una idea o verdad sin el proceso del razonamiento). En francés he visto traducir "Wahneinfälle" por "invasión delirante". Más castellano sería decir *revelación delirante*, como propuse en otro trabajo. ("Modalidades psicopatológicas de las ideas delirantes.") De todos modos, la palabra intuición no alcanza el perímetro significativo de la percepción delirante. Lo que en ella se dice es que la significación atribuida pertenece al sujeto, no está ya en el objeto.

(4) GRUHLE dice:

El delirio es un ponerse en relación sin motivo.
El delirio es una ocurrencia inmediata sin motivo.
El humor delirante es un humor sin motivo.

En la tercera afirmación se encuentra señalada y reconocida la presencia del humor delirante.

un homosexual. Precisamente en este referirse a estriba su nota esencial. Ya en 1911, LOEWY hablaba del "Rufcharakter", del "carácter de llamada" o alusivo de tales ideas delirantes, y WERNICKE señalaba el "transitivismo" de las mismas. Sólo esta referencia al yo es lo anormal, como ya decía NEISSER ("Eigenbeziehung"), y el mismo SPECHT, que reconoció el papel de la afectividad en las ideas delirantes, afirmaba que tales ideas no existen si el yo no se sitúa en el centro de las mismas. La irrupción insólita de esta referencia al yo, que surge sorprendiendo al propio enfermo, es lo que delata el carácter morboso e irreductible de la idea delirante. Así se comprende que se haya hablado de una percepción delirante ("se percibe ya el delirio") para expresar este fenómeno del referirse o sentirse aludido sin motivo.

Para la parte del delirio que no entra en la percepción delirante propone SCHNEIDER hablar de "ocurrencia delirante" ("Wahneinfall") y comprende bajo esta denominación ocurrencias tales como la de ser llamados a una misión política o religiosa, o la de estar poseídos por una cualidad especial, o la de ser perseguidos o amados. En castellano podríamos hablar de "inspiración delirante". Lo que distingue la percepción delirante de la ocurrencia delirante es, precisamente, el hecho de hallarse unido intrínsecamente a una percepción. Es decir, una idea delirante puede, y así sucede en muchos casos, hallarse ligada a una percepción con significación normal. En la percepción delirante, lo alterado primariamente es la significación misma de la percepción.

MATUSSEK, en su último trabajo, afirma que la investigación fenomenológica de la percepción delirante se halla hasta cierto punto en una falsa vía. Lo primero que es necesario confirmar es si en la percepción delirante la percepción queda intacta, según la clásica afirmación de la psicopatología fenomenológica (JASPERS, GRUHLE, SCHNEIDER). Y en su opinión existen modificaciones de la percepción misma, que pueden esclarecerse aplicando los principios de la psicología estructural. En los esquizofrénicos existe, a diferencia de los sujetos normales, una prevalencia de ciertas cualidades perceptivas de los objetos que explica, por ejemplo, el carácter de percepción que tiene la vivencia de significación delirante, la difusión sobre otras percepciones de la propiedad esencial de la misma, etc.

La percepción delirante es bimembre (K. SCHNEIDER) cuando se somete al análisis. El primer miembro va desde el sujeto que percibe al objeto percibido, incluyendo las significaciones comunes percibidas por todos. El segundo se extiende desde el objeto percibido (con sus significaciones normales) a la significación anómala. Por ejemplo, siguiendo el ejemplo de SCHNEIDER, un sujeto percibe un perro que levanta la pata; para el delirante, ese levantar la pata percibido como los demás significa algo especial. La estructura fundamental de la idea delirante es precisamente la de ser bipolar. "Decisiva es la inderivabilidad, la incomprendibilidad de este segundo miembro". En esto se distingue del pensamiento simbólico normal. Se podría decir que en las vivencias simbólicas de la vida no psicótica existe, detrás de la percepción con su significación normal, un segundo miembro constituido por la vivencia simbólica. Este segundo miembro resulta comprensible individual o colectivamente, y tales interpretaciones comprensibles pertenecen para nosotros al primer miembro. Cuando un joven arranca la primera violeta en primavera y ve en ella el signo de un amor que se anuncia, esto puede comprenderse dado su estado de ánimo. Cuando para alguien el hallazgo de un trébol de cuatro hojas significa "felicidad", esta interpretación es comprensible racionalmente por su determinación colec-

tiva. Cuando un hombre no prosigue su camino porque le salta un gato negro, esta significación siniestra sigue siendo una interpretación comprensible de una percepción, ya que se apoya en una opinión colectiva. Precisamente, detrás de esas interpretaciones comprensibles, comienza "sin motivo" el segundo polo característico de la percepción delirante. Por lo demás, el modo de estar afectado ("Qualität des Bestroffenseins") en la percepción delirante es otro distinto que en la percepción normal, si bien resulta difícil de ser analizado conceptualmente. Parece un modo "numinoso" de una clase especial (SCHNEIDER). MATTUSSEK ha sometido a una crítica reciente esta idea, y trata de demostrar que esta misma estructura bifragmentaria de la percepción delirante se encuentra en la percepción normal. Cita el caso de un sujeto normal que, yendo en automóvil a ver a un amigo, al cruzar un paso a nivel lo encuentra cerrado; aquello significa que su amigo no está en casa. En este caso se daría una significación anormal en una percepción, sin que ésta tuviera un carácter psicótico. K. SCHNEIDER dice que esto no es exacto. Alguien va por la calle, se apaga la luz, y de ello deduce que a su amada le ha ocurrido una desgracia. Parece una percepción delirante, pero no hay tal, porque la significación anómala proviene de un estado de ánimo triste o ansioso.

La ocurrencia delirante es unimembre y carece, por consiguiente, de la estructura específica de la percepción delirante. De ahí que tenga menos validez para el diagnóstico. Una percepción delirante basta para señalar la presencia de una esquizofrenia, una ocurrencia delirante, en cambio, hace pensar en ella, pero el diagnóstico debe asegurarse por la presencia de otros síntomas o por la consideración general del curso clínico, etc. Las ocurrencias delirantes, a veces, no se diferencian de las ocurrencias de la vida no psicótica, como, por ejemplo, una preocupación sobrevalorada o una creencia supersticiosa. La falta de corregibilidad no es un criterio seguro, así como tampoco lo es su desmesura o improbabilidad, etc. Una ocurrencia delirante puede ser posible, y, sin embargo, ser morbosa, como, por ejemplo, la de ser amado por la vecina. Existen, por el contrario, ocurrencias grotescas que no son deliriosas. Como caracteres distintivos frente a las ocurrencias de la vida normal y psicopática señala K. SCHNEIDER los siguientes: las ocurrencias delirantes dominan extraordinariamente el yo, se atraviesan como algo inhabitual y adoptan el colorido de una revelación. El criterio de lo primario y sin motivo no puede aplicarse aquí.

K. SCHNEIDER dice que se tiene la impresión de que las ocurrencias delirantes son, vivencialmente, distintas de las que aparecen en la vida no psicótica, por grotescas que sean. Pero la dificultad de reconocer esa diferencia es lo que se manifiesta en el plano de la clínica en la dificultad de distinguir las enfermedades delirantes esquizofrénicas de los desarrollos normales de la personalidad y de las reacciones vivenciales.

* * *

En la percepción normal existe un componente sensorial y después una organización estructural del mismo, que constituye el verdadero acto perceptivo. Esta estructura contiene varios ingredientes, y uno esencial es la *significación* que se atribuye al objetivo percibido. La significación deriva de nuestra experiencia anterior y el sujeto introduce este fragmento significativo en el acto perceptivo, sin el cual no habría percepción auténtica, sino un conjunto de notas.

sensoriales; *habría sensaciones, pero no cosas* (5). Esta significación puede ser habitual o simbólica. El hombre normal atribuye a sus percepciones significaciones simbólicas, y, por tanto, el carácter de simbólico no es constitutivo de la idea delirante. Hay símbolos enlazados por una cierta conexión experimental o racional, por ejemplo, cuando se dice que la bandera es el símbolo de la patria, y hay otros enlazados por analogías menos claras, como las metáforas de los poetas. Cuando un poeta inventa una metáfora nueva, también aquel objeto tiene una significación simbólica especial para él, que los demás podemos comprender y aceptar o rechazar por incomprensible, pero que nunca calificamos de idea delirante, por extraña e inverosímil que sea.

Decir que la percepción delirante se caracteriza por su relación simbólica es a todas luces insuficiente. También el hombre sano está lleno de interpretaciones simbólicas. NIETZSCHE decía que el lenguaje es una carrera de metáforas. GRUHLE recuerda a este respecto el libro de BACHOFEN sobre "Gräbersymbolik der Alten". Pero tanto para GRUHLE como para SCHNEIDER el hombre sano es capaz de lograr la interpretación simbólica apoyándose en sus conocimientos o en analogías. En tal caso, el carácter del segundo miembro de la percepción delirante ya no está tan dado por su modo fenomenológico, y en esto no le falta razón a MATUSSEK, sino por su contenido. Incluso muchas percepciones delirantes pueden ser interpretadas por el hombre sano como analogías.

En cambio, es difícil interpretar ni por analogía ni apoyándose en el saber propio, algunas imágenes de los poetas modernos. Más bien se necesita, a mi modo de ver—y esto es lo que pretende el poeta—, hacer revivir una experiencia de un modo nuevo. Cuando VICENTE ALEXANDRE dice:

"Muslos de tierra, barcas donde bogar un día
por el músico mar del amor enturbiado
donde escapar libérrimos, rumbo a los cielos altos
en que la espuma nace de dos cuerpos volantes."

la interpretación de las metáforas sólo puede hacerse a base de revivir la "plenitud del amor" en su vertiente a ras de tierra y en su exaltación cósmica. Toda la expresión poética está llena de alusiones. Y es que creer que toda la realidad se puede expresar mediante el lenguaje habitual es un error. ¿Es que el lenguaje es capaz de expresar lo que se siente—por seguir el ejemplo anterior—en la plenitud de la posesión sexual o amorosa? Cuando en lugar de la realidad de todos los días nos encontramos, como el enfermo, con la realidad nueva de un mundo psicótico, la insuficiencia del lenguaje es más evidente todavía. Siempre, en la primera fase de indeterminación, existe ese percibir oscuramente como un mensaje de un mundo nuevo. Cuando el mensaje aparece como indescifrable el enfermo lo siente como preñado de inquietante extrañeza; pero cuando logra atisbar algún sentido en él inicia su tranquilidad. No es extraño, incluso, que un estado de ánimo cambie de signo, puesto que el lenguaje interpretado puede

(5) El P. Gemelli ha insistido mucho sobre este elemento intelectual de la percepción. La multiplicidad de los estímulos sensoriales que ofrece la realidad se organiza en estructuras sensoriales, que tienen un significado. Esta significación no se halla añadida a la percepción en un momento posterior, sino implícita en el acto perceptivo mismo. Es lo que MICHOTTE designa como "prise de significación".

tion

ponerle en posesión de una misión especial. De ahí el carácter de exaltación que presenta a veces (6).

A mi modo de ver, lo que caracteriza la percepción delirante, aparte de los datos anteriores, es que el sujeto experimenta esa significación como impuesta. Cuando el poeta descubre una metáfora nueva lo hace poseído de un cierto sentimiento de actividad. En la percepción ordinaria hay siempre una actividad del ser que se halla vertido al mundo, y de la cual el ser tiene una cierta honda y oscura noticia. Si no nos sometemos a ningún autoanálisis vivimos en la creencia errónea de que la percepción es un puro proceso pasivo y no hay tal. En realidad, toda la vida psíquica se caracteriza por ser activa, aunque haya grados tan diversos de actividad como los que median entre la acción voluntaria de mover un brazo y la percepción pasiva del rayo de sol que penetra en la habitación.

En la percepción delirante el sujeto tiene la impresión de que aquella significación que en el fondo procede de él—¿de dónde si no?—le es extrañamente impuesta. He aquí cómo la idea delirante primaria nos ofrece la misma estructura psicológica que los otros actos de la vida del esquizofrénico, y que en conjunto pueden interpretarse como *trastornos de la actividad del yo*. La noción del automatismo mental de CLÉRAMBAULT refleja un punto de vista análogo.

La existencia de un estado de ánimo como predecesor de la percepción delirante es evidente, y debemos sospechar que existe siempre. GUIRAUD habla de un estado tímico desagradable, anideico, más elemental que los sentimientos, más estable que las emociones. "Mais la caractéristique du malaise thymique prédélirante est un cachet d'étrangeté inquiétante, *ne semblant pas provenir de l'activité somatique ou psychique individuelle*."

A ese período vago, indefinido, sólo revelado por un estado especial de ánimo, es al que refiere CLÉRAMBAULT cuando dice que en el momento en que aparece el delirio la psicosis es ya vieja. El delirio es sólo una superestructura.

Cuando el humor precede a la idea, el enfermo nota algo raro y extraño en torno suyo. No puede definir qué, incluso se esfuerza en impedirlo, ya que el humor delirante resulta tan atormentador en la intimidad del propio enfermo, que cuando éste logra rellenarle con una significación determinada, experimenta un cierto alivio. Este hecho significa que lo característico de la percepción delirante no está sólo en conceder a la percepción un determinado sentido, es decir, en lo que HUSSERL llama completar o rellenar un acto significativo. La nota distintiva se halla forzosamente antes en esa percepción vaga y difusa de que algo extraño sucede a su alrededor. Naturalmente, que en la mayoría de los casos todos estos fragmentos que aquí trato de exponer como imágenes de una cinta cinematográfica cursan más velozmente, y entonces, súbitamente, el enfermo al ver un objeto o persona, le atribuye una determinada significación simbólica.

(6) He aquí unas metáforas de Victor Hugo que produjeron gran indignación a don Juan Valera:

L'univers étoilé est un crachat de Dieu.
(El universo estrellado es un esputo de Dios.)
Cristo, inmensa lechuza de amor y de luz.

(Cartas americanas. Sobre Víctor Hugo. A un desconocido. Obras completas. Aguilar, tomo I, 1.657.)

Que el universo sea un esputo de Dios es una idea que muy bien pudiera habersele ocurrido a un esquizofrénico.

En el análisis que hace K. SCHNEIDER del "delirio", pasa a segundo plano y casi se esfuma el *humor delirante*. Fué HAGEN el que señaló que las percepciones delirantes van precedidas de un estado especial, que es el humor delirante.

Esta palabra expresa el estado singular y anormal que perciben muchas veces los esquizofrénicos. No se trata sólo de la perplejidad que se les nota en la cara. Es algo distinto de todo ello: es la sensación de lo arcano, extraño y singular. Esta mezcla de tomar conocimiento de una cosa con una fuerte impregnación afectiva es conocida de la psicología normal. Se habla en GOETHE, por ejemplo, de un conocer afectivo, de un "gefühlsmässiger Erfassen", que, como decía él mismo, tiñe a la realidad de algo espectral ("etwas Gespenstermässiger"). Es decir, la experiencia invade, por así decirlo, más de un sector de la vida psíquica. En la experiencia delirante primaria del esquizofrénico, tal invasión se hace tan súbitamente que sobrecoge al enfermo. La irrupción no es un puro asalto intelectual, sino que perturba su estado. Y esto, que como veremos más adelante, es un fenómeno normal—"conocer emocional", de HARTMANN—se halla aquí matizado por la misma cualidad. Humor e idea delirante son trozos o fragmentos de la misma experiencia psíquica. A nosotros, observadores externos, nos llamará más la atención uno u otro, pero un hiato irreductible entre ellos no se puede establecer.

Esta nota de sentirse sobrecogido por la experiencia la estimamos fundamental. Tanto si el enfermo se siente aludido o si los "omina" se le manifiestan para comunicarle sus augurios, él tiene la impresión de ser sujeto pasivo en esta experiencia. La idea delirante se le revela al enfermo. Por eso nosotros proponemos llamarla revelación delirante, porque nos parece exponer de un modo más exacto lo que sucede que con la designación de "percepción delirante".

Todo acto de conocimiento va acompañado de un halo que no es intelectual; consiste en una modificación del estado del ser y a estas modificaciones del estado se llama sentimientos. NICOLAI HARTMANN se ha ocupado de esto que podríamos designar como halo afectivo del pensamiento. Los sucesos exteriores sorprenden al hombre en su dos vertientes intelectual y emotiva y el tono emotivo es un portador esencial e imprescindible de la noción de realidad. La "presión", la "dureza" de lo real deja aquí su huella y el ser se forja de aquélla la idea emotiva correspondiente.

En contra del conceder demasiado valor a la presencia del humor delirante en la génesis de las ideas delirantes, se hallan las disparidades que pueden existir entre el estado del humor y el carácter mismo de la percepción delirante. Precisamente, se dice, por su indeterminación, el humor no puede determinar el contenido de la percepción delirante. No se puede comprender el contenido determinado de la percepción a partir de la vaguedad e indeterminación del humor. Está incrustado en él, pero no se deriva de él. Ni siquiera coinciden con el color del estado de ánimo. Un humor delirante puede ser siniestro y la percepción delirante inflada de felicidad.

Otra objeción considerable consiste en señalar que en muchos enfermos se ve surgir la percepción delirante, sin que exista un humor delirante. Es indudable que nos hallamos en plenas fronteras del análisis fenomenológico, pero quizá sea posible desplazarlas algo más profundamente.

Las tesis de SCHNEIDER son ciertas y ha llegado con ellas al límite del análisis fenomenológico. El problema, con respecto a nuestras afirmaciones, aparece en el siguiente punto: como observador puedo reconocer muy bien la pre-

sencia de una interpretación perceptiva injustificada, pero ¿puedo reconocer esa cualidad de la vivencia que provisionalmente hemos calificado de pasividad? ¿No es esto una interpretación por mi parte, más bien que un resultado del análisis fenomenológico? Que existe algo que nos permite percibir un cambio en la cualidad de la vivencia perceptiva es indudable en muchos casos. El mismo K. SCHNEIDER dice: "Por lo demás, también resulta la cualidad del estar afectado en la percepción delirante otra, aunque no es posible cogitarla conceptualmente. Es un "numinoso" de una clase especial." Esa cualidad existe, pues, en la vivencia y se halla incrustada en el humor delirante. Realmente, ¿cómo podemos reconocer la existencia de un estado de ánimo? En la vida habitual ésta se manifiesta con palabras. El sujeto nos dice que está alegre, triste, angustiado, eufórico, etc. Algunas veces podemos colegir un estado de ánimo por su expresión. Esto ocurre también en los esquizofrénicos. El llamado "Praecoxgefühl", es decir, en lo que podríamos llamar "olor de esquizofrenia" ("Me huele a esquizofrénico", se dice en el argot clínico, o "Tengo el presentimiento de que estamos ante un esquizofrénico") le apoya, en parte, en la impresión que nos producen los gestos, actitudes y conducta del enfermo.

Pero la expresión hablada de un estado de ánimo puede no resultar tan fácil. El análisis minucioso de muchos enfermos angustiados me ha demostrado con cuánta frecuencia el enfermo no es capaz de decir que está angustiado. Incluso, si se les pregunta directamente lo niegan. En cambio, en el relato se les enturbia la voz cuando dicen que, al ver en el cine un crimen o al pasar al lado de un enfermo mental, tienen una sensación especial, algo más aguda de lo que es su estado de ánimo habitual. Esa experiencia, interpretada correctamente, significa el miedo a la posibilidad de convertirse en criminales o de volverse locos, etc. Es decir, pura angustia, ya que según he demostrado en otra parte, la angustia del neurótico es el miedo a la posibilidad de perder el control de su yo.

Pues bien, tales dificultades expresivas de un estado de ánimo aumentan cuando se trata de algo tan nuevo y desconocido para la experiencia anterior del enfermo como el estado de ánimo delirante. Incluso puede inducir a error al observador y pensar que el estado de ánimo es neutro porque el sujeto así lo afirma. En realidad, no sabe lo que pasa por él. Desde el estado de ánimo puro, vago e indeterminado, a la percepción delirante concreta, existe una gradación espectral. En algunos enfermos observamos que, como residuo de un delirio esquizofrénico, son especialmente sensibles a ciertas percepciones exteriores.

Una forma muy mitigada, pero esencial, del trastorno fundamental de la esquizofrenia, consiste en un estado de ánimo en el cual todo impresiona al enfermo. La impresión se produce en el enfermo porque todo va cargado de una cierta significación que no se puede desentrañar. Este mismo carácter secreto de la significación es lo que produce una inquietud.

Este estado de ánimo es aparentemente igual que el estado de ánimo de la angustia, pero la estructura interna debe ser distinta. Así como en la angustia todo puede suceder, aquí está ya sucediendo algo extraño, enigmático, ininterpretable.

El problema, pues, se halla en la gradación que exista en la percepción o vivencialidad de los estados de ánimo. Cuando un estado de ánimo es claramente perceptible para el sujeto, tiene, por tanto, los caracteres netos de vivencia, y así se presenta ante el propio sujeto. Así hablamos del estado de ánimo triste,

alegre, exaltado, etc. Sin embargo, el humor delirante nunca se presenta con esta plasticidad vivenciable para el propio enfermo. El triste se define como triste, pero el delirante no define su estado interior como delirante. A lo sumo emplea la expresión vaga de que algo ocurre, que no sabe precisar. En un momento determinado la vaguedad se transforma en percepción concreta: me miran, el mundo se puebla de significaciones. Pero en esos grados está precisamente la reconocibilidad de la percepción delirante. Es percepción delirante porque se monta sobre una significación anómala y se monta sobre tal significación porque emana de una estructura fundamental, que es un determinado estado de ánimo.

En la filosofía existencial se parte del análisis de los humores (HEIDEGGER, BOLLNOW). La angustia que sirve de punto de partida a los análisis existenciales no es una vivencia, sino una estructura que late en el fondo de la vivencia. Manteniéndonos en el plano psicológico podríamos establecer la misma distinción entre la vivencia y su estructura no vivenciable. Existen algunos angustiosos que cuando se les interroga no confiesan que están angustiados. Incluso si se les afirma, ellos lo niegan. No reconocen tal estado de ánimo como propio. Sin embargo, la presencia del mismo se revela de otra manera: el enfermo tiene miedo a volverse loco, a que le ocurra algo raro o extraño en este sentido. Revela, con otras palabras, el mismo estado de ánimo.

Lo mismo ocurre con el humor delirante. KUNZ dice que lo primario, original y auténtico del delirio primario no es lo delirante—ponerse en relación, representación delirante, la nueva conciencia de significado—ni tampoco el humor delirante, sino la total mutación existencial (“ganze Existenzumwandlung”), el cambio total en el in-der-Welt-sein. Tal mutación existencial la ve él en una retirada radical del mundo colectivo.

A mi modo de ver, esta mutación en el “modo-de-estar-en-el-mundo” del delirante consiste en que *se invierte la flecha intencional*. Nuestros actos psíquicos tienen un carácter intencional. Este carácter se ve reconocido desde fuera, pero también existe en nosotros una difusa conciencia de que las intenciones residen en nosotros y no fuera. En el delirante ocurre al revés, las intenciones se hallan fuera, en los seres externos. Por eso el mundo se puebla de significaciones mágicas. Estas no tienen que ser precisamente amenazadoras; son simplemente desconocidas.

El humor delirante no es lo mismo que el humor angustioso. En clínica muchas veces se encuentra gran dificultad en diferenciar un delirio de referencia *primario* de uno secundario a una experiencia o vivencia *angustiosa*. En el diagnóstico de los casos iniciales de esquizofrenia es uno de los errores que se pueden cometer. A mi modo de ver, la diferencia es la siguiente:

En la referencia secundaria a la angustia la experiencia íntima que se tiene es la de la posibilidad de que un hecho determinado ocurra. Un hombre ha cometido un crimen, oye pasos en la escalera y se angustia porque piensa que aquellos pasos son del policía que va a buscarlo. Un muchacho se masturba y al tropezarse con sus padres se angustia porque teme que sospechen que se ha masturbado.

En el humor delirante no es la *posibilidad*, sino la *presencia* de algo. Y este algo presente está cargado de intención con respecto al sujeto que delira. El se siente ya como un instrumento en las manos mágicas de su circunstancia. La frecuencia con que los enfermos leen algo en la mirada de los demás tiene esta

explicación (7). El cambio en la dirección intencional es evidente. Las nuevas significaciones reveladas no tienen que ir forzosamente impregnadas de colorido amenazador. A veces, se presiente que algo ocurre, y la confirmación de ese oscuro presentimiento es una mirada, gesto o signo, inunda de alegría al enfermo. Otras veces, el sentirse elegido para que se le revele tal mensaje, también. De ahí que el colorido del ánimo vivenciable pueda no ser amenazador y hostil, como parece quererse afirmar siempre que se habla de humor delirante.

El análisis existencial parte de la situación radical del hombre, que consiste en hallarse inmerso en el mundo. De esta estructura referencial se derivan todas las posibles actividades del hombre. El contacto entre el hombre y el mundo, el estar-en-el-mundo es, transportado al plano psicológico, un estado de ánimo. Lo que llamamos sentimientos, dice HEIDEGGER, no consiste en unos fugaces fenómenos que acompañan a nuestro pensamiento y a nuestras acciones, ni tampoco un estímulo para provocarlos, ni siquiera un estado presente con el que nos encontramos. Los estados de ánimo o humores nos revelan el ser en su totalidad, y una de ellos, la angustia, nos revela la existencia de la nada envolviendo al ser.

Precisamente en la angustia se pierde todo carácter referencial del ser con su mundo. En cualquier otro estado o situación éste se mantiene, y en el plano psicológico la actividad emana de un punto al que llamamos "yo". Sin la existencia de éste, no existiría su mundo. Claro es que el yo existe—y se sabe existente—, en tanto en cuanto se aprehende como inmerso en su mundo. Pero hay unas simbólicas líneas de fuerza que parten primariamente de él y se dirigen al mundo, que luego se las devuelve. En esto consiste el "acto intencional", característica de la vida psíquica, a diferencia de la vida en el puro plano biológico o somático. Como dice HUSSERL, "la referencia intencional entendida de un modo puramente descriptivo, como peculiaridad íntima de ciertas vivencias, es la nota esencial de los fenómenos psíquicos o actos".

De esta inversión de la flecha intencional deriva el carácter alusivo o de referencia del delirio, aunque no sea éste un carácter absoluto de la experiencia delirante. Quizá no puedan considerarse esenciales estas diferencias y sean sólo graduales. Nos encontraríamos aquí de nuevo frente al principio de acentuación que rige la caracterología. Que en clínica puede presentarse algún caso dudoso es evidente; pero en la mayoría es posible establecer esta ordenación poniendo en claro si existe o no un estado de ánimo determinado o si éste es sólo el que corresponde al delirar.

También en las ocurrencias o inspiraciones delirantes aparece la misma cualidad. K. SCHNEIDER dice: "Ciertamente, se tiene la impresión segura de que las ocurrencias delirantes esquizofrénicas son vivencialmente distintas de las ocurrencias no psicóticas, por extrañas y grotescas que sean; pero esta diferencia

(7) SARTRE: "La presencia del otro se me revela porque me mira. Si "el otro" me mira, mi propia existencia y mi propio mundo cambian, se constituye el límite de mi libertad y me define a mí y a mi situación."

En la mirada de los demás formamos conciencia de que existe un mundo autónomo creado de significaciones propias distintas de las nuestras. Nosotros dirigimos la mirada en torno, pero también los demás dirigen su mirada sobre nosotros. La persona humana, como *centro accionado*, se nos revela de un modo muy peculiar en su mirada que nos cuida y valora, que aprecia lo que significamos. Una mirada tiene siempre una significación activa referida a mí, un objeto puede ser objeto pasivo de mi propia mirada. En el delirio primario esquizofrénico el mundo está poblado de miradas que le lanzan significaciones, miradas que proceden sobre todo de los seres humanos, pero a veces también de los otros seres y de las cosas.

no es psicológicamente comprensible. La diferencia está en este plano de la actividad o pasividad. La inspiración del poeta es activa, la del esquizofrénico es pasiva, impuesta. Lo que ocurre es que la inversión de la flecha intencional se reconoce más fácilmente en la percepción que en la ocurrencia. En la percepción resulta evidente, puesto que lo percibido *viene* cargado de una significación extraña. En la ocurrencia es más difícil establecer esa diferencia; de ahí su menor valor diagnóstico, pero que existe y es oscuramente presentida lo demuestran las mismas palabras de K. SCHNEIDER.

La estructura, pues, de la idea delirante, revela la existencia de una anomalía cualitativa del acto perceptivo, caracterizada porque el sujeto siente transformada la vivencia oscura de su relación activa con el mundo, movimiento centrípeto, para suplirse por una relación de pasividad anómala, movimiento centrífugo. El contenido del acto toma por ello formas anómalas, extrañas e inhabituales. Por eso la idea delirante es anómala, además, por su propio contenido. Las viejas definiciones de la idea delirante, que le achacaban el carácter de error fijo, inverosímil, incorregible, etc., aluden a los caracteres del contenido.

Por estos caminos llegamos al mismo punto. La vida psíquica se siente sojuzgada por algo. Ha perdido su libertad y ese algo que la sojuzga es la materia perturbada. No cabe duda que esta perturbación, en definitiva, se establece sobre las relaciones del sujeto con el mundo, por consiguiente, del estar-en-el-mundo. De aquí que los delirios puedan ser susceptibles de un interpretación analítico-existencial, que no hay que confundir con el puro análisis fenomenológico.

Para hacer resaltar el valor clínico del análisis fenomenológico, basta con hacer observar dos hechos: en primer término, cuando en un cuadro clínico nos encontramos con una idea delirante primaria, podemos tener la seguridad de que se trata casi siempre de una esquizofrenia, o si no, de una alucinación alcohólica, o de una psicosis epiléptica. En cierto sentido estos dos últimos trastornos vienen a ser como esquizofrenias sintomáticas. Desde un punto de vista clínico, pues, la idea delirante tiene un valor extraordinario.

El otro hecho es el siguiente: las ideas delirantes primarias casi nunca aparecen solas en un cuadro clínico. La experiencia lo demuestra, y esta experiencia habitual tiene la siguiente explicación: como quiera que en ellas hay un trastorno de la actividad del yo, es lógico pensar que éstas puedan mantenerse en otros sectores de la vida psíquica, por ejemplo, en las alucinaciones de los impulsos, etcétera.

R E S U M E N

Se intenta un nuevo análisis de la idea delirante partiendo de los hallazgos actuales de la escuela fenomenológica. La percepción delirante es el modelo ideal para el análisis; en ella, junto a la percepción de un hecho o de una cosa, se halla la significación atribuida. Esta significación atribuida, por regla general, tiene un carácter bimembre. Pero, aparte de él, debe reconocerse que existe una inversión de la flecha o acto intencional. Normalmente, aunque a la percepción se le atribuya la significación común y habitual, el sujeto tiene la vivencia de que es un acto suyo, una emanación de su actividad psíquica. En la percepción delirante tal significación atribuida le viene de fuera, de la esfera en

que el yo vive como tal yo activo. De ahí el carácter de impuesta. Se toma como una realidad nueva que le afecta y trata de invadirle. Esta misma inversión de la flecha intencional tiene lugar en las ocurrencias delirantes, pero el fenómeno es menos claramente vivenciable.

La percepción delirante va envuelta en el humor delirante. Este le precede siempre. La cuestión está en saber si este humor es más o menos vivenciable como tal estado de ánimo. Los clínicos hablan de humor delirante cuando aparecen muy claramente, pero en el fondo se halla implícito en toda *situación delirante primaria*. El humor cristaliza luego en unas u otras ideas. La estructura de esta situación delirante ofrece a veces formas de transición con la *estructura ansiosa*. De ahí la frecuencia con que la ansiedad engendra o se manifiesta a través de delirios que se consideran, fenomenológicamente, como delirios secundarios.

La analogía que existe entre ambas situaciones plantea problemas de diagnóstico. Según los estudios del autor, en la angustia el sujeto tiene la posibilidad de que suceda o de que ocurra; en el humor no aparece esta proyección del futuro sobre el presente, sino que el presente actúa de por sí y con peculiar impresionabilidad. De esta suerte se enlazan los estudios fenomenológicos y existenciales en torno a la idea delirante.

METHODS FOR THE REACTIVATION OF NEGATIVE FLUIDS IN NEUROSYPHILIS

J. LÓPEZ IBOR

AND

E. OLIVARES*

One may observe cases, although they are extremely rare, of paresis in which the Wassermann reaction is negative in the cerebrospinal fluid, or only faintly positive, even with large amounts of fluid. This finding is much more frequent, of course, in cases already treated and in cases of tabes in which the cerebrospinal fluid shows hardly any alteration. At times these patients prove to be difficult diagnostic problems, especially when the clinical picture is not unequivocal.

Dattner says that, with large amounts of fluid, a positive Wassermann is present in tabes in 95 per cent of cases; but Bodechtel points out that, on the basis of his experience in the Neurological Policlinic in Hamburg, in only 60 per cent of cases at the most could a positive reaction be obtained. (See the detailed bibliographic reference of Georgi on cases of tabes with negative fluids.)

Further, these cases invalidate the rule on which Dattner insisted so strongly, that a negative fluid five years after infection, appears to remain negative. In tabes, the fluid remains negative for many years; one does not know whether it has been positive at some time, although probably this occurred in the period comprehended between the second and fifth year of infection. In these cases the diagnosis may be made only clinically. One usually deals with cases of tabes of a slow, stationary course; Wagner V. Jauregg used to call them "tabes peracta," meaning by this that the active period of the tabes had already elapsed. The French refer to these cases as "tabes fixé, non évolutive." However, even this criterion cannot be upheld in the category of an absolute rule. In one of our cases, tabes began in a more or less acute way, with intense lancinating pains, but the spinal fluid was negative, notwithstanding the opinions of Alajouanine and Marquezy, who consider that the most valuable symptoms for diagnosis of the activity of tabes are lancinating pains.

In the course of already wide experience in the treatment of paresis and other forms of neurosyphilis with penicillin, we had repeatedly observed that the injection of this antibiotic in the subarachnoid space

* Madrid, Spain.

was capable of intensifying, in a transitory way, the pathologic reactions in the cerebrospinal fluid of ill people in whom penicillin treatment had produced first of all an improvement or even a complete negativity of the humoral syndrome in the fluid. This intensification of the reactions extends to all of them, but particularly affects the number of cells, the quantity of proteins and the Wassermann reaction.

It is known that the intrathecal administration of penicillin produces a meningeal irritation, with an increase in the number of cells and the quantity of proteins. What we have not seen described in the literature is the fact that, because of the intraspinal injection of penicillin, the Wassermann reaction, which formerly was negative, should become positive. This observation aroused our interest and made us consider the possibility of using the intraspinal injection of penicillin for clarifying the diagnosis in doubtful cases in which the examination of the cerebrospinal fluid does not allow of definite conclusions respecting the etiology of the pathologic process. Up to this date we have successfully used this method in a case of paresis and in 2 cases of tabes.

CASE REPORTS

Case 1.—A 72 year old man, in August 1947, began to show psychic disorders in the form of delusions of autoreference. After attempted suicide by drowning, he manifested a delirious picture, which ceased on his entry to our Clinic. Here he showed a deficit in memory and intellectual faculties, and no pupillar reaction to light, without other neurologic alterations. The reactions of Wassermann, Kahn, and Meinicke on the blood, done on the 21st and repeated on Oct. 31st, gave a completely negative result. Examination of the cerebrospinal fluid on the 22nd of the same month gave the following result: White cells per cubic mm.: 5. Red cells per cubic mm.: 5. Total proteins: 22 mg. per cent. Pandy: +---. Nonne-Apelt: negative. Weichbrodt: negative. Colloidal gold test: 1121000000. Wassermann reaction (Kapsenberg): doses of 1 cc.: ++-; doses of 0.5 cc.: negative; doses of 0.3 and 0.1 cc.: negative. After three days' consecutive administration of penicillin intraspinally, in doses of 15,000, 20,000, and 25,000 units, the examination of the cerebrospinal fluid was repeated with the following result: White cells per cubic mm.: 45; red cells per cubic mm.: 190. Total proteins: 44 mg. per cent. Pandy: +---. Nonne-Apelt: +---. Weichbrodt: +---. Colloidal gold test: 1121100000. Wassermann reaction (Kapsenberg): doses of 1 cc.: ++++; doses of 0.5 cc.: ++++; doses of 0.3 cc.: +++-; doses of 0.1 cc.: +---.

Case 2.—A 59 year old man, presenting a fairly clear clinical picture of dorsal tabes; owing to the complete negativity of the cerebrospinal fluid, repeatedly examined, and the strange disorders of the sensibility that were apparent, other clinicians began to think there might be a possibility of syringomyelia. After intraspinal penicillin injection during six consecutive

days in doses of 15,000, 20,000, 25,000, 30,000, 30,000 and 30,000 units, examination was repeated of the cerebrospinal fluid, with the following result: Liquid slightly xanthochromic, somewhat opaline. White cells per cubic mm.: 165. Red cells per cubic mm.: 5. Cytologic formula: Polynuclears: 88 per 100. Transitionals: 1 per 100. Eosinophils: 3 per 100. Lymphocytes: 8 per 100. Total proteins: 44 mg. per 100. Globulins: 22 mg. per 100. Albumin: 22 mg. per 100. Pandy: +---. Nonne-Apelt: +---. Weichbrodt: +---. Colloidal gold test: 2234544320. Wassermann reaction (Kapsenberg): doses of 1 cc.: +++++; doses of 0.5 cc.: +++++; doses of 0.3 cc.: +---; doses of 0.1 cc.: negative.

Case 3.—A man, 56 years of age, in whose case the onset was characterized by pains in the legs in 1937, disappearing on treatment with novalgin. Months afterward the pains returned, and were treated anew with symptomatic medication. In 1941, a new painful phase with hiccough. During this year, apparition of the pains from the lancinating type all through his legs. Round pupil, small. Robertson, knee, and Achilles reflexes almost absent. Hypotonia. No Romberg. Sensibility for numbers maintained as well as sensibility to vibrations and position. Perpetual arrhythmia. Wassermann, Meinicke, and Kahn in blood, positive. Fluid analyzed on Nov. 24th, 1947:—Transparent liquid, colorless, like water. Red cells per cubic mm.: 11. White cells per cubic mm.: 2. Total proteins: 29 mg. per 100. Nonne's reaction: +---; Pandy's reaction: +---; Weichbrodt's reaction: negative. Colloidal gold test: 1112321000. Wassermann reaction: doses of 1 cc.: negative; doses of 0.5 cc.: negative; doses of 0.3 cc.: negative; doses of 0.1 cc.: negative. Intraspinal penicillin injections beginning with 5,000 and continuing with 10,000, 15,000, 20,000, and 30,000 units. No meningeal reaction visible clinically. During the penicillin treatment the violence of the pains increased extraordinarily. Second analysis of fluid, on Dec. 1, 1947: colorless and transparent fluid. Red cells per cubic mm.: 5. White cells per cubic mm.: 16. Total proteins: 44 mg. per 100. Albumin: 37 mg. per 100. Globulins: 7 mgr. per 100. Pandy's reaction: +---. Nonne-Apelt's reaction: +---. Weichbrodt's reaction: ---. Curve of colloidal gold: 1-1-2-3-1-0-0-0-0-0. Wassermann's reaction (Kapsenberg): doses of 1 cc.: +---. Doses of 0.1 cc.: +---.

A possible interpretation of these facts might be that the meningeal irritation produced by the penicillin increases the permeability of the blood-liquid barrier, and thus permits the passage of syphilitic reagins to the cerebrospinal fluid. But this possibility is discarded if we consider that in some of our patients the Wassermann reaction on the blood was constantly negative.

On the other hand, not always in a meningeal reaction in an ill person with a positive Wassermann reaction, does one obtain a positive Wassermann reaction on the fluid, as the following clinical history shows:—

Case 4.—A patient, 59 years old, with luetic antecedents and a demential psychiatric picture, suspected of paresis, but with no neurologic disorder apart from a lazy reaction of the pupils to light. The serologic findings in the blood, carried out on Oct. 29, 1947 gave the following result. Wassermann (heated serum): +++++; Kahn: ++—; Meinicke (M.K. R.II.): +++—; Meinicke (M.T.R.): +++—. Examination of the cerebrospinal fluid made on Nov. 4th gave the following results: Red cells per cubic mm.: 5. Total proteins: 22 mg. per 100. Pandy: +——-. Nonne-Apelt: negative. Weichbrodt: negative. Curve of colloidal gold: was not tried. Wassermann reaction (Kapsenberg), doses of 1 cc.: negative; doses of 0.5, 0.3 and 0.1 cc.: negative. During six days of the week, up to a total of 12 days, penicillin was injected intraspinally in doses not exceeding 30,000 units. At the end of this period, an intense meningeal reaction was revealed, and the examination of the cerebrospinal fluid, extract of 4-12-1947, obtained the following result: Total cells per cubic mm.: 7,200. White cells per cubic mm.: 6,400. Total proteins: 88 mm. per 100. Albumin: 33 mg. per 100. Globulins: 55 mg. per 100. Pandy: ++—-. Nonne-Apelt: +——-. Weichbrodt: ++—-. Colloidal gold test: 1111222110. Wassermann reaction: negative, with doses of 1, 0.5, 0.3, and 0.1 cc. An examination of the cerebrospinal fluid was repeated 15 days afterward, without administering penicillin during this interval, and the clinical meningeal reaction had already disappeared, with the following result: White cells per cubic mm.: 40. Total proteins: 33 mg. per 100. Albumin: 26 mg. per 100. Globulins: 7 mg. per 1000. Pandy: +——-. Nonne-Apelt: +——-. Weichbrodt: +——-. Colloidal gold test: 1124432110. Wassermann reaction (Kapsenberg): negative, with doses of 1, 0.5, 0.3, and 0.1 cc.

These facts give rise to the question as to the origin of the Wassermann reaction on the cerebrospinal fluid. On the one hand, observations speak in favor of a positive Wassermann in the fluid not coming from the Wassermann in the blood, owing to an alteration in the permeability of the blood-fluid barrier; on the other hand, many other facts, for example the above mentioned ones, speak in favor of the autochthonous origin of Wassermann on the fluid. This intramural origin is especially shown in the cases of Riebelin, Nonne, and Demme. In Demme's case, a cancerous metastasis revealed in a case of tabes with a negative Wassermann reaction on the blood and fluid, provoked a spinal block. The cisternal liquid continued to show negative reactions; meanwhile the lumbar under the block gave a positive reaction.

It is not well known what conditions create a favorable atmosphere for this positivity. One cannot assume, even in the cases treated with penicillin, that it is the simple increase of albumin and globulins, because the blood serum, in higher quantities, continues to be Wassermann-negative.

These penicillin reactivations create an interesting problem, that is, the necessity of continuing with the treatment, or starting with a new one, even though activity symptoms are absent, if the reactions on the activated fluid show some alteration. Our experience is yet too small on this point for us to make any statement one way or the other; but our impression is that in cases of paresis, one must watch and even insist on treatment while the reactivation occurs. In cases sufficiently treated, as for example, the following one, intraspinal penicillin does not produce reactivation.

Case 5.—A 40 year old patient, with a clinical picture of general paralysis of more than three years' duration. Intensively treated with malaria and Neo. Examination of the fluid made on Dec. 2, 1947 gave the following result: White cells per cubic mm.: 4. Total proteins: 44 mg. per 100. Pandy: +---. Nonne-Apelt: +---. Weichbrodt: +---. Colloidal gold test: 111233320. Wasserman reaction: negative in all doses. After intraspinal penicillin injections for six days in doses not exceeding 30,000 units, the analysis of the fluid was repeated with the following result: White cells per cubic mm.: 470. Total proteins: 66 mg. per 100. Albumins: 22 mg. per 100. Globulins: 44 mg. per 100. Pandy: ++---. Nonne-Apelt: +---. Weichbrodt: +---. Colloidal gold test: 111234420. Wassermann reaction (Kapsenberg): negative in all doses.

On the other hand, the same criterion cannot be maintained in tabes because of the special characteristics of its course. In the second case, it stayed stationary, in spite of new treatments not being carried out, and in spite of the fact that penicillin had obtained the appearance of Wassermann in the fluid, which never had been positive.

CONCLUSION

Penicillin administered intraspinally causes a positive Wassermann reaction, when previously it had been shown as negative, thus confirming the clinical diagnosis of neurosyphilis. This reactivation has a special interest because we may suspect the persistent activity of the process, yet not revealed.

BIBLIOGRAPHY

- Alajouanine, T, Marquézy, R.: *Bull. Méd. Paris*, 37: 778, 1823.
Dattner, B.: *The Management of Neurosyphilis*. London: Heinemann, 1944.
Demme, H.: *Dtsch. Ztsch. Nervenheilk.*, 149: 169, 1939.
Georgi, F.: En el Handbuch der Neurologie, de Bumke-Foerster, Vol. VII, No. 1^a, Springer, 1935.
Nonne, M.: *Syphilis und Nervensystem*. Karger, 1924.
Wagner-Jauregg, J.: *Wien. med. Wschr.*, 87: 661, 1937.

J. LOPEZ IBOR,
GENERAL GODED, 19
MADRID, SPAIN

