LA REALIZACION DE LA ENFERMEDAD: EL SINTOMA EN SU ASPECTO SOMATICO

P. LAIN ENTRALGO

Catedrático de Historia de la Medicina.

Enfermar es pasar del estado de salud al estado de enfermedad. En este tránsito, la causa de la enfermedad es la total situación del sujeto inmediatamente antes de iniciarse el proceso morboso. Dentro de tal situación, y de un modo más azaroso o más comprensible, según los casos, uno de los factores que la componen se singulariza como motivo nosogenético. A él se asocian otros que incrementan su acción, la inhiben o la modulan; y juntos todos, forman la constelación etiológica, la "causa externa" o *aitía prokatarktiké* del viejo galenismo. Actuando sobre un sujeto genérica, típica o individualmente sensible a ella, la causa externa da lugar a un desorden celular y humoral más o menos bien localizado en el organismo y más o menos reversible: es la "causa inmediata" de la enfermedad o *aitía synektiké* de GALENO, la primerísima alteración local en la quemadura o el leve y general desorden infeccioso en los pródromos de la fiebre tifoidea. No será necesario indicar que la génesis de la causa inmediata de la enfermedad es un proceso preponderantemente consecuencial, proléptico o proyectivo; ni que en esa génesis operan los diversos modos de la retroacción o *feed-back;* ni, en fin, que tal causa inmediata no es todavía "enfermedad" en sentido estricto, aunque sea ya desorden orgánico.

La acción de la causa inmediata pone en marcha la "enfermedad" propiamente dicha, y lo hace de dos modos distintos entre sí, uno consecutivo y otro reactivo. Por la vía del primero, la causa inmediata se realiza y expresa según lo que ella por sí misma es. Un ejemplo: en la intoxicación por óxido de carbono, la formación de carboxihemoglobina es —entre otros desórdenes bioquímicos menos relevantes— la causa inmediata de la enfermedad; pues bien, la carboxihemoglobina hace notar su presencia en los hematíes realizándose y expresándose conforme a sus propiedades físicas y químicas. Por la vía del segundo, la causa inmediata opera suscitando una reacción —sanadora unas veces, catastrófica otras— a su condición nociva; reacción que es *a la vez* y *siempre* instintiva y personal, proléptica y proyectiva, consciente e inconsciente. El cuadro clínico de una inflamación, en cuya integridad se mezclan la inflamación misma y la reacción personal ante ella, puede servir de fácil ejemplo.

Unitariamente fundidos entre sí, estos dos modos de la operación de la causa inmediata determinan, ya formalmente, el *estado de enfermedad.* La enfermedad ya existe, ya está realizada. Veamos con alguna atención cómo acontece realmente este último y decisivo episodio del proceso de la nosogénesis.

EL ESTADO INICIAL DE ENFERMEDAD.

Tres problemas principales nos propone una consideración atenta del estado de enfermedad: 1.º ¿Cómo se constituye e inicia? 2.º ¿En qué consiste, en cuanto estado de la realidad del hombre? 3.º ¿Cuáles son sus más inmediatas posibilidades evolutivas?

I. Examinemos, ante todo, *cómo se constituye y se inicia el estado de enfermedad.*

En cuanto estado vital, la enfermedad es cualitativamente distinta de la salud. Desde un punto de vista objetivo, porque los desórdenes que por afán de simplifica-

ción solemos llamar "hiper" o "hipo" son siempre en su verdadera realidad desórdenes "dis": lo que parece ser simple alteración de la cantidad es siempre, en rigor, una alteración de la cualidad. Y desde un punto de vista subjetivo, porque el sentimiento de estar enfermo difiere por modo cualitativo —*et pour cause!*— del sentimiento de estar sano (*). Pero todo ello no es óbice para que tanto objetiva como subjetivamente parezca haber una transición continua entre uno y otro estado, porque la alteración cualitativa del organismo comienza siendo mínima; y aunque su intensificación sea muy rápida, como sucede en la crisis estenocárdica o en el ictus apoplético, jamás deja de ser proceso temporal, nunca llega a ser, en el sentido filosófico del término, *motus instantaneus*. Tal es la razón de ser del *corpus neutrum* —ni sano, ni enfermo— de que habló el galenismo.

¿Cuándo comienza formalmente el estado de enfermedad? Ya lo sabemos: cuando se ha constituído la alteración orgánica en que la enfermedad tiene siempre su causa inmediata y cuando el individuo humano en cuyo cuerpo se ha formado esa alteración reacciona orgánica y personalmente frente a ella. Dos casos extremos pueden darse en la realización de este esquema:

1.º Hay a veces lesiones orgánicas totalmente desconocidas, porque el sujeto portador de ellas no experimenta el menor sentimiento de enfermedad y nunca ha sido médicamente explorado. Un día, por la razón que sea, la lesión es descubierta. ¿Diremos que ese sujeto, antes de tal hallazgo, estaba enfermo sin saberlo? A mi juicio, no, porque la lesión no había producido en él un modo de vivir aflictivo y anómalo. Y si después de encontrada la lesión sigue inexistente el sentimiento de enfermedad, ¿diremos que el individuo en cuestión no está enfermo, que sigue estando sano? A mi juicio, tampoco, porque desde entonces ese individuo no podrá no tener presente, en la faena de hacer su vida, la existencia de tal anomalía en su organismo. Aunque quiera olvidarse y a veces se olvide de ello, estará enfermo.

2.º Hay en ocasiones sentimientos de enfermedad sin que el médico pueda hallar en el organismo del paciente lesiones que los justifiquen. ¿Qué hará entonces el médico? Una de estas dos cosas: o pensará que el sentimiento de enfermedad de que habla el sujeto en cuestión no es real, y tendrá a éste por simulador, esto es, por no-enfermo, o creerá que es real ese sentimiento, y —con un diagnóstico de "neurosis" o sin él— tendrá por realmente enfermo a su paciente. Rebasa nuestro actual tema el estudio del proceso mental que da lugar a dicha creencia.

II. Tratemos ahora de conocer *en qué consiste el estado de enfermedad*. Para lo cual habremos de preguntarnos si con anterioridad a la constitución real de los múltiples modos de enfermar que son las especies morbosas —la fiebre tifoidea, la úlcera gástrica, la esquizofrenia o la diabetes— hay realmente un inicial y previo "estado de enfermedad" común, que luego se especifica en las diversas "enfermedades".

La patología contemporánea tiende a afirmar que existe ese inicial y común estado de enfermedad, o por lo menos que éste se da en un muy amplio grupo de dolencias. Hace años sostuvo EPPINGER que la enfermedad comienza en muchísimos casos, si no en todos, por un desorden en la permeabilidad de los endotelios; más precisamente, por una alteración en la dinámica del que él llamó "sistema tricameral" —plasma sanguíneo, interior de la célula

(*) Suelen decir los escolásticos que "el más y el menos no mudan la especie". Un perro chico es tan perro como un perro grande, y un paramecio grande tan paramecio como un paramecio chico. Es verdad. Acontece, sin embargo, que, cuando rebasan ciertos límites, el más y el menos de las especies hacen imposible su existencia real. Idealmente son concebibles perros de una tonelada y de un miligramo de peso; realmente, no parece posible que con tales pesos exista ese modo específico de la estructura de la materia a que damos el nombre de "perro". El más y el menos no cambian de especie, pero pueden hacerla imposible. Tanto menos podrá aplicarse aquella regla, cuando lo que parece no ser sino "hiper" o "hipo" es en realidad "dis". Estar enfermo no es "tener poca salud" —y mucho menos "tener exceso de salud"—, sino vivir de un modo distinto del que llamamos "sano" o "hígido".

y espacio intersticial—, con producción de cierta "albuminuria celular". En su etapa inicial, la acción de agentes patógenos tan distintos entre sí como la histamina, varias sustancias tóxicas y la fatiga excesiva coincidiría en lo que sumarísimamente acabo de exponer. Lo mismo viene a enseñar HANS SELYE, con su doctrina del "síndrome general de adaptación". Este sería una respuesta genética y adecuada a la acción de los más diversos agentes morbígenos (tóxicos, traumas somáticos y psíquicos, frío y calor, rayos X, etc.), y se hallaría integrado por una hipertrofia funcional y reversible de la corteza suprarrenal (consecutiva a la descarga de las hormonas corticotrópica y somatotrópica de la hipófisis, y, por tanto, a un desorden hipotalámico), cierta involución tímico-linfática (linfopenia, eosinopenia) y leves trastornos intestinales.

Cualquiera que sea el área de la validez de estas doctrinas, no parece que *todos* los distintos modos de enfermar comiencen con un mismo desorden somático. No es fácil imaginar, por ejemplo, que una neumonía, un tumor cerebral, una enfermedad de Friedreich y una neurosis obsesiva tengan, como primera reacción a sus respectivas causas inmediatas, un cuadro orgánico común. Lo cual no impide que en la fase inicial del estado de enfermedad haya unos pocos modos típicos, capaces cada uno de englobar dentro de sí, como simples posibilidades evolutivas, "especies morbosas" que se definirán lesional y clínicamente si el proceso continúa.

Existe, desde luego, *el* estado de enfermedad, y en él coinciden, por distintas que entre sí sean, todas las posibles enfermedades. Pero tal estado no es y no puede ser el conjunto de una serie de notas de carácter empírico, objetivas unas y subjetivas otras; como tantas veces he dicho, es un modo de vivir al cual convienen algunos rasgos muy genéricos —aflictivo, anómalo, reactivo a una alteración del cuerpo, etcétera—, y cuyo sentido existencial, sólo filosóficamente descriptible, no puede ser considerado aquí.

Tal vez convenga añadir —o reiterar, porque el aserto se halla más o menos explícito en lo anteriormente expuesto— que el estado de enfermedad es a la vez *padecido* y *hecho* por el sujeto en quien existe. Directamente apoyado en la cosmología estoica, sostuvo GALENO que de los dos principios de la realidad en que esa cosmología se funda, el activo *(tò poioun)* y el pasivo *(tò páskhon),* sólo el segundo podría ser afectado por la enfermedad: ésta sería siempre *páthos,* afección pasiva. Pero la realidad es que la enfermedad humana es a la vez afección pasiva y activa creación del sujeto enfermo, aun cuando esta última tenga en tantas ocasiones escasa importancia práctica.

III. Examinemos, por fin, las distintas *posibilidades de evolución del inicial estado de enfermedad.*

Dos parecen ser las principales:

1.ª La regresión al estado de salud sin especificación ulterior. Antes de realizarse y manifestarse como "neumonía" o como "intoxicación alimentaria" —por tanto, antes de saber que el inicial y vago estado de enfermedad es debido al neumococo o a un tóxico ingerido con los alimentos—, tal estado desaparece sin dejar rastro. En su forma más leve y pura, es la *restitutio ad integrum* de los antiguos patólogos. Más que "tal enfermedad", lo que el sujeto ha padecido y hecho en tal caso es "enfermedad" a secas.

¿Cuántas veces no acontece esto en la vida de cada día? ¿Cuántos de nuestros malestares fugaces no son "estados de enfermedad" que desaparecen sin ulterior intensificación y especificación? En un título famoso, Freud habló de la "psicopatología de la vida cotidiana". Con mayor razón cabría escribir otro acerca de la "somatopatología de la vida diaria". Una "somatopatología" en la cual —apenas será necesario decirlo— lo psíquico no tendría menos importancia que lo somático.

2.ª La intensificación y la especificación del mero "estar enfermo". Haciéndose más intensa y cobrando perfiles objetivos y subjetivos, "la" enfermedad va convirtiéndose en "tal" enfermedad. El mero "estar enfermo" se trueca en un bien definido cua-

dro sintomático, en un conjunto de "síntomas". El problema del síntoma surge así ante nuestros ojos. Examinémoslo.

El síntoma.

La palabra castellana "síntoma" —como sus homólogas de las restantes lenguas cultas— proviene del sustantivo griego *symptôma* (acontecimiento fortuito, coincidencia, caso), y éste del verbo *sympíptô* (caer sobre, encontrarse). Etimológicamente, pues, "síntoma" es lo que cae o se precipita al plano de la realidad empírica cuando se actualiza como realmente nosógena la causa inmediata de la enfermedad. Galeno usó indistintamente las palabras *symptôma* y *simbebêkós,* término este último con el cual Aristóteles designó el modo de ser que los aristotélicos latinos habían de llamar *accidens,* accidente (por oposición a sustancia). Lo cual quiere decir que, para Galeno, el síntoma sería un accidente de la realidad no sustantiva que es la enfermedad; por tanto, un *accidens accidentis.*

En conexión remota con esa etimología, dos pueden ser los conceptos del síntoma. Si nuestro punto de vista es el genético, llamaremos "síntoma" a cada uno de los modos parciales de realizarse somática y psíquicamente —somatopsíquicamente, más bien— el inicial estado de enfermedad: el vómito, la fiebre, el temblor, la tristeza patológica, la afasia, la idea obsesiva, etc. Y si consideramos el síntoma en sí mismo, daremos ese nombre a cada uno de los modos particulares del desorden de las acciones y las funciones vitales del individuo enfermo; desorden que, como sabemos, es siempre pasivo y activo, pático y —si se quiere entender etimológicamente la palabra— poético.

Basta lo dicho para advertir que la realidad del síntoma es *siempre* psicosomática; a la realidad del vómito pertenece tanto lo que en él es movimiento gástrico como lo que es en él vivencia de ese movimiento. Los síntomas que solemos llamar somáticos —fiebre, tumoración o ictericia— tienen *siempre* un costado psíquico, y en los síntomas que solemos llamar psíquicos —idea obsesiva, tristeza patológica o hipertimia morbosa— *nunca* falta un costado somático.

Afirmado lo cual, y muy a sabiendas de que se trata de una limitación puramente metódica, procedamos a estudiar el aspecto somático de los síntomas en que el estado de enfermedad se realiza y manifiesta.

Aspecto somático del síntoma.

He aquí un síntoma cualquiera: la fiebre, la disnea, la ictericia, una alucinación visual. En lo que tiene de "síntoma", ¿qué es cada una de estas alteraciones morbosas? Intentaré dar la respuesta distinguiendo y tratando tres cuestiones: la constitución real del síntoma, su tipificación y su localización en el organismo.

I. Ante todo, la *constitución real del síntoma.* A través de su enorme diversidad, ¿poseen los síntomas morbosos una estructura formalmente uniforme? En mi opinión, sí. Y yo pienso que en la unidad real y en la respectiva peculiaridad de cada uno de ellos —fiebre, disnea, vómito o idea obsesiva— siempre se integran tres momentos, correspondientes a los tres modos cardinales de la causación:

1.º Un *momento físico - químico.* Todo síntoma hasta los que, como la idea obsesiva o la alucinación, parecen ser puramente psíquicos, posee en su estructura una más o menos patente realidad físico-química, y, por tanto, anatomofisiológica. En la ictericia, por ejemplo, ese momento se halla visiblemente constituído por el color amarillo o verdoso de la piel, el cual es mera consecuencia físico-química de la existencia en ella de pigmentos biliares. En los vómitos llamados "centrales" —tumores craneales, apomorfina, etc.—, por el anormal movimiento del estómago y el desorden neuroanatómico y neurofisiológico de las varias formaciones encefálicas que regulan la motilidad gástrica; desorden que por modo más tenue y fugaz tiene que

existir también en la estructura de los vómitos llamados "psíquicos". Mucho menos ostensibles son las cosas en la idea obsesiva; pero es seguro que, en cuanto síntoma psíquico, ella no es otra cosa que la expresión subconsciente y consciente de una sutil y reversible alteración neuroanatómica y neurofisiológica que algún día llegará a conocerse con precisión, y que hoy, casi a ciegas, puede ser y es parcialmente gobernada mediante los psicofármacos y las lobotomías. Alguna razón tenía CHARCOT —sólo alguna— cuando explicaba anatomoclínicamente la patogenia de los síntomas histéricos.

En el momento físico-químico del síntoma se integran o se funden la causa inmediata de la enfermedad (la "lesión" primitiva), la expresión consecuencial de dicha causa (recuérdese lo dicho acerca de la carboxihemoglobina y de la ictericia) y la expresión físico-química de la reacción orgánica y personal a ella. Aunque parezca ser bizantino o artificioso, no por eso deja de tener un fundamento real este discernimiento. El hecho de que la realidad físico-química del síntoma sea resultativamente "una" no quiere decir que tal realidad no posea genéticamente una estructura compleja.

El momento físico-químico del síntoma puede ser patente o latente. El sucesivo enriquecimiento de la exploración clínica ha ido haciendo patentes momentos físico-químicos del enfermar humano que antes, siendo reales, quedaban latentes e insospechados a los ojos del médico: la hiperglicemia, la hiperpotasemia, las diversas disproteinemias, etc. Pues bien: cuando a favor de la perceptibilidad inmediata o técnica de su momento físico-químico un síntoma llega a ser patente y conocido, se trueca *eo ipso* en "signo". Signos son, según esto, la tos (en cuanto que la veo y la oigo), el oscurecimiento dérmico del addisoniano, una alteración del electrocardiograma, un estertor crepitante y la conducta visible (no el simple relato de "lo que le pasa") del neurótico obsesivo. Lo cual nos obliga a considerar brevemente lo que acerca del "signo" dicen quienes sobre él han pensado. A la cabeza de ellos, el filósofo Husserl.

De un modo muy general, "signo" es todo dato perceptivo que directa o indirectamente denuncia la existencia de una determinada realidad: el humo es signo de fuego; la bandera, signo de la nación a que pertenece; la risa, de la alegría del alma; la expresión "Deme una cerveza", de un sentimiento de sed. Basta un examen atento de esta enumeración para descubrir que hay dos órdenes cardinales de signos: el signo indicativo y el expresivo; la "señal" (*Anzeige*) y la "expresión (*Ausdruck*). La señal se limita a indicar la existencia de la realidad por ella anunciada o denunciada. Podemos entender el mecanismo, unas veces convencional (elección del color de una bandera) y otras necesario (producción físico-química del humo), por el cual ella existe como tal señal; pero no podemos descubrir una conexión de sentido entre ella y lo que ella denuncia. ¿Qué sentido tiene que el rojo, el blanco y el azul, y no otros, sean los colores de la nación francesa? ¿Qué sentido tiene que la ignición de la leña produzca humo? La expresión, en cambio, nos permite percibir, además de su mecanismo, más allá de éste, su sentido, el "para qué" de su singular existencia significativa.

RUDOLF ALLERS aplicó hace años a la semiología clínica las precisiones fenomenológicas de HUSSERL. El color verde del ictérico, el eritema de la quemadura y el exantema del sarampión son simples "señales". Más generalmente: el momento físico-químico de un síntoma —tos, hematuria o hiperglicemia— es mero signo indicativo, "señal" de la total realidad morbosa del síntoma; se limita, por tanto, a denotar más o menos ciertamente —porque el valor indicativo de la señal nunca pasa de ser probable— la existencia de esa realidad. Sólo el ulterior descubrimiento de la realidad "señalada" convertirá en "cierta" una indicación que antes no pasaba de ser "probable". Antes de descubrir que un tumor de la cabeza del páncreas oprime el colédoco, el color verde de la piel del sujeto se limitaba a indicar con cierta proba-

bilidad que el tal sujeto era un ictérico por obstrucción, y no un hábil simulador que se había teñido la piel de verde.

Dos órdenes de síntomas pueden ser distinguidos, desde este punto de vista: en el primero es preponderante el momento físico-químico o consecuencial (con mucho, los síntomas más frecuentes: aquellos en que se realizan los traumas mecánicos, las quemaduras, las acciones cáusticas, las intoxicaciones, etc.); en el segundo, ese momento desempeña un papel subordinado (el de la lesión anatómica en el caso de la neurosis traumática). Reaparecerá el tema cuando estudiemos el "dónde" del síntoma.

2.º Más o menos perceptible, en el síntoma hay siempre un *momento instintivo*. En cuanto reacción de un organismo a la causa inmediata de la enfermedad —reacción no siempre adecuada; a veces deficiente, o errónea, o desmesurada y catastrófica—, la realidad terminal y físico-química de los síntomas viene dinámicamente configurada como un movimiento de la condición instintiva de aquél. Desde el punto de vista de la figura que ofrecen al que desde fuera los contempla, el vómito, la disnea, la apraxia, el autismo, la *impotentia coeundi* o la polidipsia son, antes que cualquier otra cosa, desórdenes de un determinado instinto de la naturaleza del hombre: el de conservación, el de socialidad, el sexual, etc. Con la respectiva estructura anatómica, la retroacción —la acción integrativa y moduladora de lo ulterior sobre lo anterior— es, como en el caso de la caída del gato, la clave de la configuración instintiva del síntoma.

Convertido en signo, ¿qué es este momento instintivo de la realización sintomática de la enfermedad: señal o expresión? A mi entender, la oposición que establece HUSSERL entre el signo-señal y el signo-expresión es demasiado tajante. Los signos en que recta o morbosamente se patentiza una acción instintiva son "expresiones" de esa acción. Junto a la "expresión personal" —por debajo de ella, si se quiere— hállase la "expresión instintiva", como formalización operativa y significativa del conjunto de movimientos físicos y químicos en que terminativamente se resuelve la actividad de cualquier organismo. He aquí, por ejemplo, el vómito. No puede negarse que el vómito es la puesta en marcha de una determinada estructura —neural y gástrica a la vez— de los organismos animales que poseen estómago. Puede haber, según esto, vómitos puramente "mecánicos", carentes de toda significación biológica. Pero en cuanto movimiento integrado en la vida del organismo en que surge, el vómito es la expresión de un instinto de conservación y defensa que —esto es lo azorante, y, en ocasiones, lo grave— *puede equivocarse*. ¿Habremos de pensar que la "equivocación del instinto" es la forma más animal y más elemental de la neurosis? Sea cualquiera la respuesta, lo que ahora importa es subrayar el carácter instintivo de vómito; y lo que de él se dice podrá repetirse, *mutatis mutandis*, de la disnea, de la reacción neurológica que VON MONAKOW llamó "diasquisis", de la polidipsia y, en general, de cualquier síntoma, incluídos aquellos en que más claramente predominan el momento físico-químico o el momento personal.

Apenas será necesario advertir que, como en el caso anterior, es posible discernir los síntomas en cuya estructura es preponderante el momento instintivo y aquellos otros en que éste, siendo real y perceptible, posee importancia escasa. El vómito de origen alimentario y la disnea del asmático son ejemplos del primer grupo; la parálisis muscular de la intoxicación por el curare y la conducta del neurótico obsesivo, casos evidentes del segundo.

3.º Todo síntoma, en fin, posee en su configuración somática —no sólo en su aspecto psíquico— un *momento personal* o *proyectivo;* y considerado a través de él, llega a ser en alguna medida "expresión", en el sentido más husserliano del término. Afectado por la reacción de su organismo a la causa inmediata de la enfermedad, el paciente, mediante la actitud, el gesto y la conducta, expresa somáticamente lo que para él —para su persona— es tal reacción. Situado ante la realidad de esa causa inmediata, el enfermo, ya no

como paciente, sino como sujeto activo, manifiesta con su cuerpo de algún modo lo que él quiere que para él sea la *causa morbi*. Fundidos entre sí y mejor o peor discernibles, estos dos motivos —"lo que para él es" y "lo que él quiere que para él sea"— constituyen, también en el orden somático, el momento personal del síntoma.

A un enfermo de úlcera gástrica le duele el estómago. ¿Cómo expresará su rostro el dolor? ¿Disimulándolo con estoicismo? ¿Exagerando tácticamente los gestos en que tal expresión se realiza? En uno y otro caso, la personalidad y la libertad del enfermo —en último término, su condición de persona— contribuyen visiblemente a la configuración definitiva del síntoma. En el temblor del basedowiano, ¿no es siempre posible discernir un componente "instintivo" (el temblor como reacción biológica) y un componente "personal" (la modulación del temblor como acción más o menos consciente de la persona)? A nadie será difícil aumentar los ejemplos y descubrir en todos ellos cómo los mecanismos inconscientes, semiconscientes y conscientes se combinan en esa definitiva configuración del síntoma. A la retroacción instintiva se une así, fundiéndose con ella, una retroacción de carácter personal.

Necesariamente hay que repetir ahora la consabida apostilla precedente: hay síntomas en que es preponderante el momento personal-proyectivo, y hay otros en que ese momento es apenas perceptible. A un extremo, los síntomas neuróticos en que es muy patente la "huída a la enfermedad"; en el extremo opuesto, la ceguera consecutiva a una lesión del nervio óptico u otro síntoma semejante. Pero, bien observado, ningún síntoma carece de un "halo personal", simultáneamente expresivo, afectivo y moral. Lo cual nos conduce sin rodeos al tema de la lección siguiente, a un nuevo tema: el aspecto psíquico del síntoma.

4.º Quiere esto decir que *todo* síntoma, sea físico-químico, instintivo o personal el momento que predomina en su estructura, es *a la vez* señal, expresión instintiva y expresión personal. Con otras palabras: que desde el punto de vista de su intelección, *todo* síntoma es en alguna medida comprensible (transparente a la comprensión) y en alguna medida incomprensible (opaco a la comprensión); y que desde el punto de vista de su producción, *todo* síntoma es *a la vez* padecido por el sujeto y hecho por él: hecho por un sujeto que activa o reactivamente es agente, actor y autor de sí mismo, y padecido por ese mismo sujeto, en cuanto que paciente, espectador e intérprete de lo que en su vida acontece.

Basta tan sumario planteamiento para advertir que en la consideración intelectiva del enfermo —por tanto, en el diagnóstico— son posibles dos excesos contrapuestos: el exceso imaginativo de los interpretadores y la ceguera a la comprensión de los doctrinarios —o los rutinarios— de la pura objetividad. Concebir la disfagia consecutiva a un tumor mediastínico como símbolo expresivo de que el paciente "no puede tragar" la situación en que vive —valga tan desmedido ejemplo— sería un intolerable abuso interpretativo; pero no ver que esa disfagia puede hallarse neuróticamente modulada por motivos personales y situacionales podría ser, en ciertos casos, una miopía casi tan intolerable como el dislate anterior.

El síntoma es *uno* en su realidad; pero en la estructura de esa realidad unitaria es posible y es conveniente distinguir, para entenderla rectamente, los momentos y los modos de operación antes consignados.

II. La segunda de las cuestiones más atrás apuntadas atañe a la *clasificación de los síntomas*, viejo tema de la Patología general. El método habitual consiste en ordenar los síntomas por órganos y aparatos: síntomas digestivos, respiratorios, neurológicos, etc. Pero acaso no sea inconveniente añadir a esa obvia y necesaria clasificación otra, más directamente atenida a la estructura antropológica del accidente sintomático: aquellos síntomas en que es preponderante el momento físico-químico (el síntoma que ante todo se nos manifiesta como "señal"), aquellos otros en que predomina el momento instintivo (el sín-

toma que ante todo se nos muestra como "expresión instintiva") y, en fin, aquellos en cuya estructura es el momento personal el que prepondera (el síntoma que ante todo es "expresión personal"). Tal vez fuese éste el mejor camino para dar carácter "humano" a la semiología que exponen los manuales y tratados al uso.

III. Estudiemos, en fin, el problema de la *localización del síntoma*. Como es bien sabido, hay síntomas perfectamente localizados: la mancha cutánea o el dolor del cólico nefrítico. Hay otros, en cambio —los que los patólogos medievales llamaban *passiones totius corporis;* la fiebre, por ejemplo—, que del modo más visible afectan a la totalidad del organismo. Se trata de saber, en el caso de los síntomas más o menos precisamente localizados, por qué tal localización acaece en un determinado lugar del cuerpo y no en otro. Más concisamente: ¿por qué precisamente "aquí"?

A riesgo de incurrir en monotomía y pesadez, de nuevo debo recurrir al esquema acostumbrado y distinguir, en consecuencia, tres posibilidades distintas:

1.ª Determinación *preponderantemente físico-química* de la localización del síntoma. Razones de índole física o química —a la postre, estructurales— imponen necesaria o cuasi-necesariamente que el síntoma se localice en tal parte y no en otra. El hecho de que una bala atraviese la porción posterior del cráneo determina que los síntomas consecutivos y reactivos a la lesión —fractura, dolor, hemorragia, ceguera calcarina, etc.— se hallen localizados donde precisamente lo están. La índole neurológica y psíquica de los síntomas en que se realiza y manifiesta la intoxicación etílica son los que son porque el coeficiente de reparto del alcohol entre el plasma y las grasas (GOTTLIEB y MEYER) hace que aquél se fije en determinados lugares del sistema nervioso central. Causas de orden físico-químico son también las que llevan hacia la mucosa de la boca y del estómago el mercurio ingerido en la intoxicación hidrargírica. Basten, entre tantos otros posibles, estos pocos ejemplos.

Acabo de decir que la localización del síntoma queda en tales casos determinada de un modo necesario o cuasi-necesario. Pero en ningún caso será su necesidad la misma con que la piedra cae o con que el Sol sale por Oriente y se pone por Occidente. La existencia de retroacciones de carácter instintivo o personal puede alterar o modular esa necesidad. De otro modo no podrían ser explicadas —me limitaré a este único ejemplo— algunas variedades individuales de la intoxicación alcohólica.

2.ª Determinación *preponderantemente instintiva* del lugar del síntoma. La localización, en este caso, viene principalmente determinada por la estructura anatómico-funcional en que se realiza la actividad instintiva en cuestión. Es perfectamente comprensible que una alteración morbosa del instinto sexual —consecutiva, por ejemplo, a una frustración reiterada del mismo— revista la forma sintomática de una *impotentia coeundi,* o que se realice como dolor gástrico o alteración motora del estómago un hambre patológica. El hecho de que el miembro viril y el estómago tengan, respectivamente, que ver con la estructura anatomofisiológica de la libido y del hambre, condiciona del modo más obvio una y otra localización.

La condicionan, pero no la imponen. La necesidad de la localización es ahora, en efecto, mucho más laxa que en el caso anterior. He aquí varios de los momentos que modulan tal necesidad:

a) La reacción general o —en un sentido más amplio que el puramente neurológico o monakowiano— diasquítica. Sana o morbosa, la respuesta preponderantemente instintiva es siempre más "total" que la respuesta preponderantemente *físico-química*. Bastará recordar la relación entre la fiebre y la inflamación; o, desde un punto de vista puramente anatomopatológico, el triunfo de la concepción de Cohnheim (más "totalista") sobre la concepción de Virchow (más "localista") acerca de la génesis del fenómeno inflamatorio.

b) La mayor influencia de las "espinas orgánicas" —lesiones y cicatrices, meiopragias orgánicas— en la canalización y fijación del síntoma preponderantemente

instintivo. Un hambre patológica puede así ser más "gástrica" o más "cólica"; una reacción antiinfecciosa, más "digestiva" o más "neurasténica", etc.

c) La posibilidad de una transmutación subconsciente de la energía instintiva. Como ya indiqué, la energía instintiva puede canalizarse en una dirección, en detrimento de las restantes. Un "interés" muy intenso por un determinado cauce de la vida instintiva es capaz de producir una verdadera transmutación en la dinámica de ésta, y por tanto, una "derivación" hacia su campo del síntoma que patológicamente la realiza. Una vieja y tonta historieta puede servir de pauta. Varios viajeros desconocidos entre sí se congregan en un mismo departamento. Pónese el tren en marcha, y después de un enojoso silencio inicial, uno de ellos, más avisado y expeditivo que los restantes, se decide a romperlo: "Voy a contarles un cuento verde. Empecemos por donde empecemos, por ahí vamos a terminar." El interés por algo convierte a este "algo" en vía terminal dominante. Todo o casi todo se hace digestivo en el glotón; todo o casi todo se hace sexual en el erotómano; todo o casi todo se hace potatorio en el dipsómano. Lo cual, bien se advierte, puede influir en la localización de los síntomas preponderantemente instintivos.

3.ª Determinación *preponderantemente personal* o proyectiva de la localización del síntoma. El lugar del síntoma en el cuerpo viene ahora determinado por un mecanismo más o menos consciente de la vida anímica del sujeto. Nunca, sin embargo, dejará de afectar a la conciencia, aunque sea muy tenue y vagamento —por modo "hiponoico" e "hipobúlico", diría KRETSCHMER—, el proceso anímico en cuestión. Siendo *cualitativamente* distintos entre sí el neurótico y el simulador, porque aquél es un enfermo y éste no, algún parecido hay entre ellos.

Trátase, en efecto, de la localización del síntoma neurótico. Sin llegar nunca a la deliberación y a la libertad, sin que tal localización se deba al arbitrio o al capricho, la fatalidad es ahora mínima, y la laxitud, máxima. Tanto, que en el orden de los hechos —no, por supuesto, en el de las ideas y los principios— no será a veces fácil distinguir la neurosis de la simulación. Varias son las pautas por las cuales quedan determinados el lugar y la índole del síntoma neurótico. He aquí algunas:

a) El contagio psíquico. Subconscientemente, el neurótico hace como enfermo lo que ve hacer. Las epidemias de estornudos y el espectáculo de las salas de la Salpêtrière en tiempo de Charcot son dos claros ejemplos de esta posibilidad.

b) La influencia de ciertas ideas vulgares —restos, acaso, de viejas creencias míticas— acerca de la realidad anatómica del cuerpo. Si un neurótico cree que en el cuerpo humano hay una comunicación directa entre el tubo digestivo y los conductos urinarios, esta creencia podrá expresarse en la localización de sus síntomas orgánicos. En el mismo sentido actúa la tan difundida creencia de una relación entre el onanismo y la médula espinal. Recuérdese, en fin, la temprana y significativa discrepancia entre FREUD y su maestro CHARCOT acerca de la localización de las parálisis y las anestesias histéricas (*).

c) Los temores hipocondríacos. El sujeto padece en la parte de su cuerpo en que él temía padecer; lo cual planteará el problema de por qué esa persona temía padecer en tal parte y no en tal otra.

d) El refugio en un hábito vital. El síntoma se localiza en una región funcionalmente requerida por la actividad habitual del sujeto, y más cuando la motivación del trastorno neurótico tiene algo que ver con tal actividad. No otro es el caso de los calambres neuróticos de los escribientes, de los músicos, etc.

e) El refugio en lo inmediato. A veces, del modo más tosco: el sujeto que "hace" una parálisis histérica del brazo sobre el cual ha caído. En otros casos, de un modo más sutil: las palpitaciones cardíacas que luego se "fijan" neuróticamente.

f) La expresión simbólica del conflicto

(*) Véase mi libro *La relación médico-enfermo*.

neurótico. Una disfagia neurótica puede ser la expresión simbólica de que el enfermo "no puede tragar" a tal persona o a tal situación. Una paraplejía histérica puede manifestar simbólicamente que el paciente teme "andar" o "avanzar" por el camino de la vida. Sin ser un poco novelista y un poco mitólogo —sólo un poco—, el médico no podrá interpretar adecuadamente lo que en la enfermedad de su paciente sea "neurosis".

"Nunca se sabe todo lo que hay dentro de un minué", dicen que decía Wanda Landowska. Más atenido al barro y la miseria de la existencia humana, el médico puede decir: "Nunca se sabe todo lo que hay dentro de un dolor de muelas". Pero su deber consiste en tratar de saberlo.