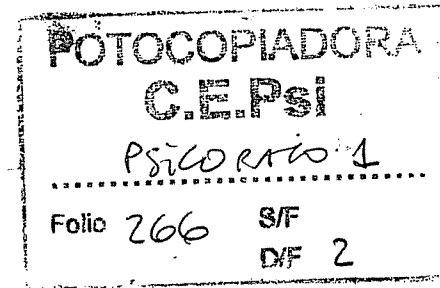


6. Comentarios de B. de Boismont en la bibliografía de su gran artículo "*Des maladies mentales*", 1866.
7. Cf. Lelut, *Inductions sur la valeur des altérations de l'alienation mentale*; Leuret, *Traitement moral*, cap. I.
8. *De la Folie*, 1820.
9. Cf. Su introducción, p. 16, a la reedición que nos procuró de la obra de Georget, reedición desgraciadamente mutilada, pero que reproduce lo esencial y cuya paginación utilizaremos por comodidad. No seguiremos integralmente el comentario de J. Postel que muestra, sin embargo, el punto crucial.
10. Cf. p. 110-111.
11. Que Chaslin confundirá más tarde con el delirio agudo de Georget en su "confusión mental", como lo señala J. Postel. No es, por otra parte, el primero en hacerlo (Etoc-Demazy, Delasiauve).
12. Es necesario, una vez más, subrayar la importancia de las posiciones de Georget: por primera vez, encontramos una división de las formas clínicas de las perturbaciones mentales en función de la causa; la superposición de una división etiológica y de una división patogénica (locuras sintomáticas e idiopáticas) oculta la originalidad de las ideas de Georget, pero es la primera vez que esta idea se manifiesta y quedará oculta hasta Morel que la volverá a encontrar por su propia cuenta.
13. Esto es, nos parece, lo que J. Postel entendió mal.
14. Como lo indicamos más arriba, Georget considera las habituales causas físicas de la locura (por ejemplo las perturbaciones digestivas y la supresión de los derrames) como síntomas secundarios de éste, que aparecen posteriormente.
15. Es uno de los argumentos de Georget para separar esta forma de la demencia.
16. Este tipo específico de reacción cerebral que es la locura exige una constitución especial, de la cual la herencia suministra una explicación cómoda.
17. Art. "*Folie*" del Dictionnaire de médecine, 1829. Citado por Leuret: op. cit., p. 109.
18. Cf. *De l'irritation et de la folie*. Es igualmente, como lo indicaremos más adelante, la posición de la escuela somatista alemana, contemporánea de Broussais y de Georget.
19. *AMP*, 1843. Utilizaremos en adelante las iniciales *A.M.P.* para citar los *Anales Médico Psicológicos*, a los cuales deberemos remitir sin cesar.
20. *De la Folie*, 1840.
21. "Leçons cliniques sur les maladies mentales", *Gazette médicale*, 1833, 1834, 1836. Citado en R. Semelaigne, *Pionniers de La Psychiatrie Française*, p. 151 a 164.
22. S. Pinel, *Traité de pathologie cérébrale*, 1844. Cité en Semelaigne, op. cit., p. 184 a 188.
23. Delasiauve, *Essai de classification des maladies mentales*, 1844.
24. Ver su *Traité des perturbations de la vie mentale*, 1822.
25. Especialmente por Griesinger y Morel.
26. *Le Démon de Socrate*, 1836.
27. Opinión de Brierre de Boismont. Cf. *Des hallucinations*, 1845.
28. Moreau de Tours, *Du hashish et de l'aliénation mentale*, 1845.
29. Cf. su memoria en los *Annales Médico-Psychologiques*, 1855.
30. *Fragments psychologiques sur la folie*.
31. "Physiologie des hallucinations", 1844, *Recherches sur les maladies mentales*, I, 1890.
32. Desde este punto de vista, la referencia constante al sueño como modelo de la alucinación es reveladora. Sirve a Leuret para sostener la idea del carácter esencialmente psicológico de la locura (cf. más arriba). Moreau encuentra allí un argumento organicista: soñar totalmente despierto no puede parecerse a la vida psíquica normal. Ey retomará esta argumentación contra Freud.
33. Expresión muy gráfica que empleaba Mignard, un siglo más tarde.



Capítulo 4

GUISLAIN Y GRIESINGER

Para cerrar este primer período de la historia de la psiquiatría, debemos, todavía, dar cuenta de la obra del fundador de la escuela alemana, Wilhelm Griesinger. Hasta él, la "revolución pineliana" no había podido entrar en Alemania. Allí disputaban dos escuelas, oponiendo entre sí dos sistemas cerrados y completos, de los cuales deducían su forma de considerar los problemas concretos.

La escuela llamada "psiquista" consideraba la locura como una enfermedad del alma, una pérdida de su equilibrio armonioso natural; buscaba su razón en una desviación de los principios divinos (*Heinroth*) o éticos (*Ideler*) que deben regular la conducta del sujeto¹; las nosologías que proponía eran deducciones formales a partir de una construcción racional a priori del espíritu humano. La escuela "somática", por el contrario, consideraba que las enfermedades mentales eran siempre sintomáticas de una afección orgánica y casi siempre simpática; partía, por otra parte, de una opción igualmente metafísica: la inalienabilidad del alma, dado que sólo las enfermedades del cuerpo podían alterar la mente (posición que volveremos a encontrar en Morel); atribuída según Jacobi², su representante más prestigioso, sólo un carácter secundario al cuadro clínico, concentrando todos sus esfuerzos sobre la investigación etiológica.

Entonces puede considerarse la psiquiatría alemana anterior a Griesinger como pre-pineliana: es él quien introducirá en Alemania la tradición clínica propiamente dicha, no sin tomar mucho de los somáticos. La escuela alemana conservará siempre, como ya veremos, tentaciones "totalizantes" y una tendencia a partir "de una interpretación fisiológica del cuadro clínico y de la interrelación de los síntomas (mientras que) la observación clínica francesa gana indudablemente en autonomía relegando las consideraciones fisiológicas a un segundo plano"³.

☆☆☆☆

Consagremos primero algunas líneas a Joseph Guislain, el fundador de la psiquiatría belga, que influyó mucho a Griesinger (y también a Morel). Su doctrina globalmente está muy cerca de la de Esquirol. Algunos puntos, sin embargo, presentan una originalidad que explica su influencia⁴:

1 - Guislain considera las frenopatías (término que forjará para reemplazar el de locura, muy impreciso y próximo al lenguaje común) como reacciones psicológicas a un estado de

dolor moral, de "frenalgia"⁵. Encuentra el modelo de esas reacciones en los estados psicológicos normales (tristeza, estupefacción, exaltación) o paranormales (bizarrías del pensamiento, del carácter, simpleza de espíritu); cuanto más próxima es la locura de los tipos comunes de reacción, será más fácilmente reversible y mejor será su pronóstico. A la frenalgia inicial le asigna, apoyándose en su larga experiencia de "médico privado" (es decir vinculado a familias importantes), causas morales; en la inmensa mayoría de los casos sus verdaderas razones no son confesadas al médico consultante, él, que tan a menudo conoció "la otra cara de la medalla", lo sabe bien. Sin embargo, a veces admite causas físicas, o mejor aún un concurso de causas, pero la predisposición hereditaria le parece siempre esencial.

Esa idea de un dolor inicial, precediendo incluso las locuras de tonalidad afectiva alegre, será discutida, pero finalmente reconocida bastante ampliamente como un progreso en la comprensión psicopatológica.

2 — Insiste en la frecuencia y la importancia de las formas combinadas y en la rareza relativa de las formas nosológicas puras (que llama monomanías o monofrenopatías). Profundiza así las consecuencias de esa idea que ya habíamos encontrado en Pinel y Esquirol y, en su tratado de 1833, describe cierto número de formas combinadas.

3 — Finalmente, en la descripción de las formas puras Guislain hace progresar la diferenciación nosológica. En efecto, aísla, bajo el nombre de delirio, las formas con ideas delirantes primitivas de las formas en las que el delirio es secundario a las perturbaciones afectivas (depresión, ansiedad, exaltación), aislando así, por primera vez, una clase de psicosis delirante que los alemanes llamarán más tarde paranoia y que distingue de las perturbaciones afectivas de tipo maníaco y melancólico⁶. Esta distinción que veremos retomada a lo largo de todo el siglo y que nos alcanzó, culmina el trabajo de diferenciación propiamente sindromático comenzado por Pinel; en el plano nosológico, la psiquiatría no puede ir más lejos manteniéndose en este punto de vista; siendo la introducción de otros parámetros (etiología, patogenia, evolución) lo que producirá la fase siguiente.

Guislain describe entonces⁷:

- la melancolía, exaltación de los sentimientos de tristeza;
- el éxtasis: es la estupidez de Georget, pero de la cual lo diferencia, pues siguiendo a los autores franceses lo confunde con lo que Georget llamaba el delirio agudo (confusión mental) al que clasifica como demencia;
- la manía, estado de exaltación moral;
- la locura, anomalía de la voluntad impulsiva (monomanía instintiva de Esquirol y de Marc);
- el delirio, anomalía en las ideas;
- la demencia, obliteración de los actos mentales;⁸

Podría sorprender que Guislain confunda en su demencia los casos congénitos (idiotez de Esquirol), las formas adquiridas (demencia de Georget) y las formas accidentales y reversibles (delirio agudo de Georget). Pero sucede que no quiere introducir en su clasificación ningún criterio extrínseco a la clínica descriptiva, uno de cuyos grandes maestros fue; así se lo ve más cerca de Pinel que de Esquirol.

"Siempre debemos ver antes que nada en las enfermedades mentales una afección del cerebro"⁹. Esta afirmación sin ambages y el considerar la afección cerebral siempre como material, si bien no siempre aprehensible con los medios de la época, hicieron que se considerara a Griesinger como el primero de los "organicistas". Los capítulos precedentes nos parecen demostrar suficientemente la extrema banalidad de semejante afirmación; la pertenencia de Griesinger a la corriente "anatomista" (cf. cap. 3), al menos a título de ideal, no cambia nada. Lo que pesó considerablemente en esa apreciación, es que Griesinger es el autor del primer verdadero tratado de psiquiatría. Efectivamente, vimos que la obra de Esquirol fue una colección de artículos más que un tratado y que sus alumnos sólo escribieron monografías. El tratado de Pinel, en su segunda edición al menos (pues a la primera le caben las mismas objeciones que a la obra de Esquirol), tiene un estilo muy de su época, bastante literario; las observaciones están mezcladas con las consideraciones teóricas y no podía ser utilizado como un manual. Se vuelve a encontrar esas características de estilo en los artículos de Esquirol. Por el contrario, la obra de Griesinger se presenta ya con las divisiones (consideraciones generales, semiología, etio-patogenia, formas clínicas, anatomía patológica, pronóstico y tratamiento) que pueden todavía encontrarse en los tratados de fin de siglo e incluso de nuestros días; las observaciones están separadas netamente de los párrafos teóricos que ilustran; el estilo es muy sobrio, salvo por la ausencia de un índice, la obra puede servir de manual de referencia que puede consultarse sobre una cuestión que necesite esclarecimiento¹⁰. Esto explica su éxito y su prestigio, acrecentado en el caso de la traducción francesa por las notas (y un largo apéndice sobre la parálisis general) de Baillarger mismo. J.P. Fauret recomendará su lectura y su hijo la designará "la mejor obra que existe actualmente en nuestra especialidad"¹¹.

Griesinger se apoya en una psicología muy interesante, mucho más fina que la de los autores franceses de la misma época. Toma sus tesis principales de Herbart pero sigue siendo muy personal. Trataremos de aprehender sus grandes líneas, por una parte por su interés intrínseco, y por otra porque, como veremos, anticipa concepciones que encontraremos casi un siglo más tarde en Blondel, Guiraud y Jaspers, finalmente porque, sin duda, influyó fuertemente a Freud; su ejemplar estaba "cuidadosamente subrayado con lápiz"¹²; particularmente "es del mayor interés la acumulación de marcas en las páginas en las que Griesinger presenta su teoría del ego y su concepción de la metamorfosis del ego"¹² en el delirio, tesis que Freud retomará muy ampliamente.

Apoyándose en las primeras conquistas de la neurología, asimila el cerebro a un "inmenso centro de acciones reflejas, en el cual... las excitaciones sensoriales... se transforman en intuiciones de movimiento" (p. 26) y considera entonces las actividades psíquicas superiores como formas diferenciadas de las actividades neurológicas inferiores (arco reflejo medular): "se forma allí, por así decir, una esfera accesoria que está en el medio entre la sensación y la impulsión motriz... Esta esfera es la inteligencia" (p. 28-29). Concibe la inteligencia como una actividad asociativa cuya base son las representaciones mentales. Las representaciones (clásicamente) surgen de las sensaciones y existe entre percepción y consciencia "una infinidad de analogías importantes" (p. 32). Tienen una tendencia espontánea a realizarse por medio de actos adecuados, una suerte de impulsión motriz, pues las representaciones son portadoras (representantes diría Freud) de las "sensaciones que provienen de todo nuestro organismo, pero particularmente de las vísceras, de los intestinos, de los órganos genitales en tanto que necesidad (y que) nos impulsan... a actuar" (p. 43). De esos "móviles" que subyacen a las representaciones, "los más simples y fáciles de comprender son el hambre y el instinto sexual" (p. 44). Ellos

producen, primero, "movimientos oscuros de la consciencia . . . que se designan en parte como sentimientos" (ibid), después, "complejos de ideas relativas al objetivo a alcanzar y que luchan contra los obstáculos que se oponen a su realización" (p. 45). "Cuando las ideas claras y de las cuales tenemos consciencia llegan . . . a ejercer una influencia sobre los músculos, se da a ese fenómeno el nombre de voluntad" pero "en el fondo, es el mismo proceso que en la acción refleja" (p. 46); las ideas cuanto más fuertes y persistentes son, más se transforman en voluntad" (p. 48).

A esta síntesis de asociacionismo y de materialismo psico-fisiológico, Griesinger agrega una concepción de la consciencia y del yo que toma de Herbart. En efecto, las representaciones y por su intermedio las tendencias que ellas representan luchan por ocupar el campo de la consciencia, es decir para transformarse en acto; en esa *struggle for life* gana la más fuerte, pero a la larga, se entablan alianzas entre tendencias asociadas: "en el curso de nuestra vida, se forman grandes complejos de ideas cada vez más sólidamente encadenados" (p. 54). La naturaleza de esos complejos depende en cada uno de su historia, de los acontecimientos exteriores que le sucedieron y también "de las influencias del organismo entero, devenidas persistentes" (ibid). Esos complejos dominantes constituyen el yo; las representaciones que le son conformes son "reforzadas" y pueden abrirse paso, las otras son *reprimidas* (el término es de Herbart).

Pero el yo puede modificarse en el curso de la vida. En efecto, el yo no es una unidad sino que numerosos conflictos de tendencias lo atraviesan y su relación de fuerzas puede evolucionar con el tiempo y las circunstancias. La pubertad con sus modificaciones orgánicas es un ejemplo de ello: una infinidad "de nuevas sensaciones, de ideas vagas o netas, de nuevos impulsos" penetran poco a poco la consciencia y el "círculo de las ideas antiguas, llegan a formar parte integrante del yo; éste deviene por esta razón totalmente diferente, se renueva y el sentimiento de sí mismo sufre una metamorfosis radical" (p. 55). Es el modelo de proceso por el que se produce la locura. "La enfermedad cerebral hace nacer disposiciones e inclinaciones que devienen el punto de partida de emociones" (p. 65); modifica sutilmente la circulación de los pensamientos, el "tempo" de la actividad mental, para emplear una formulación moderna, pero también el humor de base y los diversos sentimientos; produce neo-formaciones psíquicas en "esta esfera sumergida en las tinieblas y el crepúsculo, que es mucho más grande y característica para la individualidad que el número relativamente pequeño de ideas que pasan al estado de consciencia . . . (y que) contribuye poderosamente a determinar la disposición actual del carácter . . . a dirigir nuestros gustos . . . nuestras simpatías y nuestras antipatías" (p. 30). El yo experimenta esos fenómenos primero con un obscuro sentimiento de angustia, de dolor moral (frenalgia inicial de Guislain). Puede dejarse llevar o al contrario reaccionar "si la fuerza motriz de las reacciones mentales deviene libre" (p. 322), exaltarse y ser invadido por un estado de humor inverso. De todas maneras, progresivamente; el novel estado mental genera nuevas representaciones concordantes, "falsos juicios (ideas fijas) que el enfermo no puede rectificar" (p. 65), al principio porque el estado emocional en que está no le da tiempo de reflexionar, pero pronto, esas neo-formaciones se fortifican, se consolidan; "establecen relaciones cada vez más fuertes con el complejo de ideas del antiguo yo . . . que es desvirtuado, convertido totalmente en otro" (p. 56); "los falsos juicios devienen parte integrante del yo" (p. 65), así metamorfoseado. La lucha puede cesar, la tormenta mental disiparse, el enfermo volver a encontrar un pensamiento "formalmente justo", pero las ideas anormales se deslizan en él como premisas irresistibles"; "el enfermo no es más, bajo ningún concepto, el mismo que era antes, es totalmente otro: su yo ha devenido un yo nuevo y falso" (p. 56). Es la locura sistematizada (*Verrucktheit*). El pro-

ceso puede ser más destructor: puede disociar al yo en muchas masas poco coherentes y contradictorias (discordantes, se dirá más tarde), haciendo desaparecer la unidad de la persona en la demencia.

La cura de la locura no puede ordinariamente producirse más que en las fases primarias, a menudo largas, "en las que la locura consiste principalmente en un estado emocional" (p. 66); las disposiciones mórbidas desaparecen entonces con su sustrato afectivo y el yo retoma sus derechos. En la fase secundaria en la que la agitación cesó, en la que "el antiguo yo está viciado, corrompido, falseado en todas sus caras . . . tan completamente reprimido . . . que el enfermo ha cambiado toda su personalidad por otra", la curación es casi imposible (p. 67). Más aún en tanto que esas fases secundarias "que se pueden designar . . . como enfermedades del entendimiento" están a menudo acompañadas por lesiones cerebrales irreversibles, lo que no deja ninguna esperanza de curación. Finalmente, su concepción del tratamiento es muy ecléctica ya que, si bien le acuerda gran importancia al tratamiento físico, presenta una concepción del tratamiento moral muy higienista y próxima a la inspiración de Georget, sin rechazar en ciertos casos el activismo de Leuret, al que le gusta citar.

☆ ☆ ☆ ☆ ☆

La nosología de Griesinger se deduce de las consideraciones que acabamos de exponer. Eso lo lleva a oponer:

— formas primarias, poco lesionales y en las que la perturbación afectiva es el factor esencial; las divide en depresiva y expansiva (siguiendo la gran división de las emociones de Herbart):

1 — Melancolía: extensión y sistematización de la frenalgia inicial. Distingue como formas clínicas la hipocondría (depresión con consciencia y centrada en el cuerpo), la melancolía propiamente dicha, la melancolía con estupor, la melancolía con tendencias destructivas (suicidio, asesinato, impulsiones destructivas), la melancolía agitada.

2 — Estados de exaltación mental: reacción de defensa contra la frenalgia inicial¹³. Los divide en manía y monomanía exaltada (*Wahnsinn*), a la que considera como una elaboración intelectual de la manía, autorizada por una menor inestabilidad intelectual. El *Wahnsinn* comprende todas las monomanías de Esquirol cuyas tonalidades afectivas son suficientemente "cálidas" para permitir su clasificación en los estados agudos, el resto entra en los delirios sistematizados con las formas "re-enfriadas" y estereotipadas de melancolía de Esquirol.

— Formas secundarias, a menudo lesionales, en las que la tormenta emocional cesó, dejando detrás de sí:

3 — Delirio sistematizado (*Verrücktheit*) con debilitamiento mental y deformación del yo.

4 — Demencia agitada (*Verwirrtheit*) en la que el carácter obtuso de lo afectivo y la incoherencia intelectual no impiden el mantenimiento de cierta actividad física.

5 — Demencia apática (*Blödsinn*): aquí la actividad mental misma está casi abolida.

— Finalmente:

6 — Idiotismo y cretinismo: estados de debilitamiento congénito o adquirido tempranamente en la infancia.

Puede señalarse que Griesinger niega toda autonomía a las monomanías razonantes e instintivas de Esquirol, de las que decía que habían sido creadas "para desgracia de la ciencia". Las vincula, siguiendo una tendencia que, por otro lado, ya estaba presente en Esquirol, al menos en una primera fase de su pensamiento (cf. cap. 2), ya sea con la melancolía, ya sea con la manía, ya sea con las formas secundarias. Igualmente, el estupor no le parece más que un síntoma que entra la mayor parte del tiempo en el marco de la melancolía (melancolía con estupor de Baillarger).

Debemos ahora analizar los grandes rasgos de originalidad de esta obra llamativa, a la vez cierre de un período y apertura del siguiente.

No examinaremos la psicopatología de Griesinger, pero subrayemos el interés de la idea de una perturbación generadora sutil, del orden de la experiencia vivida más que del concepto claro, cuya forma mórbida acabada no es más que una elaboración intelectual. Es la primera aparición de una fenomenología de las "vivencias delirantes primarias" (Jaspers), así como de una distinción de estratos de estructura diferentes en la masa de los fenómenos delirantes (idea que de Clérambault o Guirard retomarán posteriormente).

Sobre el plano nosológico, puede señalarse el progreso que representa el aislamiento del grupo de los delirios crónicos, ya preparado por Guislain. Baillarger pronto impondrá las mismas ideas en la psiquiatría francesa (1853). Que se los considere siempre secundarios a un episodio agudo representa evidentemente una imperfección, cuyas razones se pueden comprender y que Griesinger deberá corregir más tarde reconociendo la existencia de la *Verrücktheit* primitiva de Snell (1865); Baillarger impugnará igualmente (nota de la página 396) la presencia constante de un debilitamiento intelectual, prefigurando el debate de los años 1900 entre alienistas franceses y alemanes (Kraepelin) sobre las formas sistematizadas de los delirios crónicos alucinatorios. A pesar de todo es un logro considerable.

Pero esta conquista se hace sobre el fondo de un punto doctrinal que modifica profundamente el espíritu de la clínica de Pinel y de Esquirol. Griesinger, en efecto, nos presenta una nosología construida sobre la idea de la evolución de las formas clínicas; esto es lo que le permite aislar los delirios crónicos. Toma de su maestro Zeller la idea, muy aceptada en Alemania en esa época, de la "monopsicosis", que Neumann sistematizará en su tratado de 1860: todas las formas clínicas de locura no serían más que las fases sucesivas de una misma enfermedad. Y, efectivamente, las formas que describe Griesinger representan las fases de un mismo proceso; de la frenalgia inicial a la demencia completa terminal, entendiéndose que en cada etapa ese proceso puede fijarse o retroceder (cada vez menos, como vimos, a medida que avanza hacia su término)¹⁴.

Vemos entonces aparecer un nuevo criterio clínico, la evolución, en la construcción nosológica y lo veremos participar en el trastocamiento de las ideas vigentes hasta ese momento.

Finalmente, es necesario insistir en un aspecto de esa primera obra propiamente clínica de la psiquiatría alemana: sigue siendo acentuadamente dogmática. Griesinger nos presenta un sistema completo que continúa los debates de escuela de principios de siglo en Alemania y bastante alejado, por el contrario, de la prudencia de Pinel y de Esquirol. Como contraparte, su conceptualización es mucho más elaborada y penetrante. Estos caracteres marcarán la psiquiatría alemana¹⁵ hasta nuestros días y los volveremos a encontrar en el desarrollo de este trabajo. Se deben, sin duda, a la muy diferente organización de la Universidad en los países germánicos, donde la formación científica y la formación filosófica permanecen fuertemente asociadas y a los caracteres específicos que marcan la filosofía alemana.

1. Cf. Lasègue y Morel, "L'école psychique allemande", *AMP*, 1844 y 1845.
2. Cf. Morel, "Jacobi", *AMP*, 1848.
3. Es Freud el que se expresa de ese modo: conoció bien a Meynert y su escuela, muy característica desde ese punto de vista: "Prólogo y notas de la traducción de J. M. Charcot, *Leçons du mardi de la Salpêtrière*", 1892, *Standard Edition*, I, p. 134-135.
4. *Traité des phrénopathies*, 1833, *Leçons orales sur les phrénopathies*, 1852. "Esta última obra... es el tratado más práctico de los tiempos modernos", dirá B. de Boismont, 1866.
5. Cf. el epígrafe del "*Traité des phrénopathies*": "Todas las impresiones nacen dolorosas en el alienado".
6. Recordemos una vez más que sólo se trata aquí de formas fenomenales y no de entidades clínicas, en el sentido que fijará Fauret. La melancolía representa el grupo de los estados depresivos, ya sean organógenos, endógenos o reaccionales.
7. Nos basaremos sobre las *Leçons orales* de 1852, cf. 2da. edición, I, p. 76 a 78.
8. En el *Traité* de 1833, agregaba también las convulsiones y la "divagación", incoherencia limitada a la expresión de las ideas (probablemente casos de afasia) que eliminará en 1852.
9. Griesinger, *Traité des maladies mentales*, p. 1.
10. Podría señalarse que será necesario esperar los años 1860 en Francia, con los tratados de Marcé, de Morel, después de Dagonet, para tener el equivalente.
11. Introducción a la traducción de la lección de Griesinger en Zurich, *AMP*, 1865, p. 1.
12. E. Harms, *A fragment of Freud's library*.
13. Dide y Guiraud retomaron, casi un siglo después, esta teoría explicativa del delirio de grandeza.
14. Esta conceptualización evoca otra, más moderna, la de H. Ey que hubiera podido encontrar en Griesinger un "precursor" más legítimo que de costumbre.
15. En un primer momento, es el aspecto neurologizante el que más lo influirá: Meynert es el principal discípulo de Griesinger.