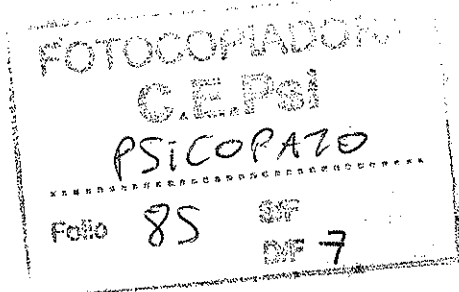


LAS ALUCINACIONES

1075

Jules Séglas

Traducido por Silvia Elena Tendlarz



Este año nos ocuparemos todavía del diagnóstico de locura.

Un tema tan vasto no puede ser tratado completamente en el reducido número de lecciones que les daré. Debo forzosamente limitarme.

Me ocuparé sobre todo de cuestiones de actualidad en psiquiatría. No todas son nuevas, pero entre las más antiguas y discutidas muchas tienen aún cierta actualidad, lo que me lleva a retomarlas.

No siempre es posible concebirlas y aún menos exponerlas adecuadamente. Iremos, pues, de lo simple a lo complejo: antes de abordar la nosografía pura haré algunas incursiones en el dominio de la semiología.

Les hablaré hoy de las alucinaciones, y más precisamente, de las alucinaciones verbales en sus manifestaciones más simples.

Aparentemente la alucinación es un síntoma fácil de reconocer. Pero tengan cierta cautela frente a esta aparente simplicidad. Encontrarán muchos errores de diagnóstico; tampoco es raro que se describan como alucinaciones fenómenos que no tienen nada que ver con ellas.

Las definiciones de la alucinación se han multiplica-

do. La mejor, a mi entender, y al mismo tiempo la más simple, es la que la presenta como una percepción sin objeto. Un enfermo oye voces, afirma enérgicamente que las escucha en su oído, e incluso repite lo que le dijeron; no obstante, este enfermo estaba solo, sin interlocutor; como él mismo a menudo lo señala. Es un fenómeno puramente subjetivo; a menudo, el único criterio que podemos tener es la afirmación que hace el sujeto de haberlas escuchado.

La alucinación fue muy estudiada y se han construido numerosas teorías para explicarla. Se las puede reducir a cuatro principales:

La primera (teoría periférica o sensorial) ubica en el órgano de los sentidos el lugar de la alucinación. Otra, absolutamente inversa (teoría psíquica), considera la alucinación como un fenómeno puramente intelectual, un fenómeno de ideación.

Luego viene la teoría mixta o psicosensoresal —que defendió Baillarger— que es admitida aun por ciertos alienistas.

Desde hace algunos años fue postulada una nueva teoría de la alucinación, sostenida sobre todo por Tamburini: es la que relaciona la alucinación con un trastorno funcional de los centros corticales.

Esta última, a mi entender, merecería ser universalmente adoptada. Encaja mejor que cualquier otra con los datos de la anatomía y de la patología cerebral. Permite abordar cuestiones y analizar metódicamente formas que las otras teorías no podrían explicar y que espero que en el curso de estas lecciones tengan ocasión de valorar.

No insisto sobre esto y paso rápidamente a las divisiones que se han establecido entre las alucinaciones.

Una primera distinción permite separarlas en conscientes e inconscientes. Las palabras se explican por sí mismas. En el primer caso, el enfermo reconoce que se trata de un fenómeno patológico; en el segundo, ignora su carácter mórbido.

Se diferencia así a las alucinaciones de acuerdo con los sentidos especiales que afectan; pueden afectarlos a todos: vista, oído, gusto, tacto, y también al sentido genital.

Esta división no es inaceptable; pero no debemos quedarnos en eso, debemos proseguir el análisis.

Tomemos como ejemplo las alucinaciones del oído. Son las más comunes, y servirán de guía para este estudio; pueden aplicar a las otras, en todo (la vista, por ejemplo) o en parte, los razonamientos que haremos al respecto.

Existen muchas clases de alucinaciones del oído, puesto que son múltiples las operaciones intelectuales consecutivas a una impresión auditiva.

Primero está la percepción auditiva bruta, que permite percibir un sonido con todos sus caracteres generales: intensidad, timbre, elevación. El sonido es percibido en tanto que sonido, nada más.

Un grado más perfecto constituye la percepción auditiva diferenciada; el sonido percibido es entonces puesto en relación con la idea del objeto que lo produce. Escucho un sonido y digo: este sonido es el de una campana. El sonido que afecta mi oído despertó en mi espíritu la idea del objeto particular (campana) al que lo atribuyo.

Tenemos finalmente la percepción auditiva verbal, la que nos permite escuchar la palabra pronunciada en nuestro oído no solamente como sonido o conjunto de sonidos, sino como sonidos diferenciados en relación con la idea del objeto al que se le aplica.

Estas divisiones, que son admitidas corrientemente,¹ pueden permitirnos establecer una clasificación que corresponde a las alucinaciones del oído.

La patología ya nos mostró que cada uno de los tres modos de percepción de los sonidos puede estar alterado. Se distinguió así: la sordera cortical caracterizada por la pérdida del sonido bruto; la sordera psíquica que hace perder la facultad de relacionar un sonido con el objeto que lo produce, y finalmente la sordera verbal o pérdida de la audición de las palabras en tanto que expresan la idea de un objeto.

Al aplicar esta división a las alucinaciones del oído se puede admitir paralelamente —como ya lo expuse en trabajos anteriores—: alucinaciones auditivas elementales que llevan a la percepción de sonidos brutos; alucinaciones auditivas comunes que hacen escuchar sonidos relacionados con objetos determinados; y alucinaciones auditivas verbales, en las que los enfermos escuchan palabras que representan ideas.

Estas tres variedades de la alucinación no tienen el mismo valor diagnóstico o pronóstico. Además, si las dos primeras son relativamente simples, la tercera, por el contrario, es compleja: la función del lenguaje, tan complicada de por sí, interviene en el fenómeno patológico.

Y bien, en clínica es fácil encontrar las mismas divisiones, y los propios enfermos se expresan de maneras diversas en relación con las alucinaciones. Están los que escuchan sonidos brutos que traducen en su lenguaje con onomatopeyas, o juzgan por comparación. Otros perciben sonidos diferenciados que relacionan con los objetos que,

1. N.T.: Para mayor claridad, el lector puede remitirse a la figura 1 incluida en el capítulo de Leonardo Gorostiza, pág. 134.

según creen, los producen. Y otros escuchan voces que articulan palabras que representan ideas.

Una vez establecidas estas distinciones, veamos cómo se producen las alucinaciones.

Tomaré primero una alucinación elemental del oído. Para entender bien la génesis es necesario recordar cómo se forman en nuestro espíritu las ideas de los objetos.

¿Cómo tenemos en nuestro espíritu, por ejemplo, la idea de campana? Cuando una campana vibra por primera vez en nuestro oído, el sonido impresiona el nervio sensorial del oído que transmite esta impresión al centro cortical auditivo común. A partir de ese momento algunas células puestas en movimiento por esta impresión se diferencian funcionalmente. Responden al sonido ya escuchado. Y cada vez que por alguna razón (el mismo sonido recibido en el oído o evocado por un recuerdo) estas células sean nuevamente puestas en movimiento, la imagen auditiva se despertará con sus caracteres particulares; reconoceremos entonces estos sonidos de la campana, pero sólo como sonido.

Ahora bien, supongan que en lugar de una impresión exterior, sea un trastorno patológico el que ponga en movimiento estas mismas células auditivas funcionalmente empleadas para reconocer este sonido particular. El enfermo tendrá la percepción de este sonido sin que la campana lo haya producido; tendrá entonces una alucinación auditiva elemental.

Esto no es todo.

Si al mismo tiempo que escuchamos el sonido de la campana la vemos con nuestros ojos, otro centro cortical será impresionado al mismo tiempo que el auditivo: es el

centro visual, en el que se formará la imagen visual de la campana.

Esta nueva imagen se asociará con la precedente. Y pueden hacer el mismo razonamiento para las imágenes que nos proporcionan los otros sentidos. De su agrupamiento y asociación resulta la idea completa que tenemos de un objeto: de la campana en nuestro caso particular.

Y cuando el trastorno patológico que constituye la alucinación del oído impresione nuevamente las células corticales ya diferenciadas por la impresión auditiva, pero asociadas ahora a otras impresiones sensoriales en relación con un mismo objeto, despertará al mismo tiempo las otras imágenes, cuya asociación ayuda a dar la idea de ese objeto que se presenta así al espíritu del alucinado.

En el primer caso, en el que una imagen auditiva aislada se despierta, la alucinación no puede dar más que una impresión de sonido bruto.

En el segundo, en el que la imagen auditiva se asocia a las otras imágenes de la campana, la alucinación las despertará conjuntamente, y dará una idea completa de este objeto. Es la alucinación auditiva común.

Pasemos a casos más complejos: a las alucinaciones verbales, y, para facilitar la exposición, supongamos que la alucinación sea una palabra. Pueden aplicar el mismo razonamiento para una frase o para un discurso.

La palabra, ustedes lo saben, está compuesta de cuatro imágenes asociadas entre ellas. Cada una de estas imágenes está localizada en un centro especial de la corteza cerebral: las imágenes verbales auditivas en el centro auditivo, a nivel de la primera circunvolución tempo-

ral; las visuales en el centro visual, vecino al pliegue curvo; las motrices de articulación en el centro motor de articulación (circunvolución de Broca). No insisto en estas localizaciones muy conocidas. También dejaremos de lado, por el momento, las imágenes y el centro gráfico.

No ignoran que según el predominio de una u otra de estas imágenes se puede dividir a los individuos en visuales, auditivos o motores. La distinción no es siempre fácil de establecer; no obstante, es muy clara en ciertos casos.

Estas imágenes asociadas entre ellas constituyen lo que se llama la función del lenguaje y sirven durante la reflexión para dar un cuerpo a nuestro pensamiento: es el lenguaje interior.

Existe una diferencia entre este lenguaje y el lenguaje exterior —que nos sirve para comunicarnos con nuestros semejantes—: el primero es una operación íntima, y el segundo supone una sensación real debida a una excitación exterior (audición, lectura) o un acto efectivo (palabra, escritura).

Las imágenes verbales, generalmente borrosas o poco precisas en el lenguaje interior, toman a veces una intensidad mayor —bajo la influencia, por ejemplo, de un estado de excitación de los centros corticales— y se vuelven tan vivas como las del lenguaje exterior. Consiguen así exteriorizarse. El sonido de una palabra puede entonces percibirse como si viniera del exterior, y dado que no existe ninguna impresión exterior que la despierta, el sonido se incluye en el dominio de las alucinaciones. El enfermo cree que un individuo ubicado fuera de él pronunció esta palabra: estamos frente a una alucinación verbal auditiva.

Puede presentarse con caracteres muy diferentes. La

voz puede ser lejana o próxima; puede revestir tonalidades variables; puede ser afectuosa o amenazante; puede percibirlo un solo oído (alucinaciones unilaterales) o los dos. A veces es un monólogo, otras un diálogo; es un discurso que se dirige directamente al enfermo, o es una conversación entre dos personajes diferentes.

Pero en todos los casos el sujeto afirma que escucha estas voces de la misma manera que escucha las de ustedes cuando le hablan; punto capital del que apreciarán la importancia en la clínica. Tampoco olviden que el enfermo, abandonado a sí mismo y bajo el imperio de la alucinación toma la actitud de una persona que escucha y se vuelve hacia su interlocutor imaginario.

Estas alucinaciones verbales auditivas son mucho más frecuentes entre los alienados. Esto se debe a que la mayoría de las veces, naturalmente, somos sobre todo auditivos.

Por otra parte, aunque un individuo no tenga el predominio del sentido auditivo, puede volverse auditivo a través del ejercicio; el propio alienado nos suministra la prueba de ello. En ciertas formas crónicas en las que predomina la alucinación por el oído, el enfermo llega al punto de no poder pensar sin escuchar que su pensamiento repercute afuera, incluso antes de que lo haya formulado; conocen este fenómeno que en psiquiatría se llama "eco del pensamiento".

La clínica ofrece ejemplos de todas estas variedades de alucinaciones auditivas; las más interesantes se encuentran en los delirios de persecución sistematizados de manera progresiva.

Lo que acabo de decirles acerca de las alucinaciones del oído podría repetírsele para las alucinaciones de la visión. Existen alucinaciones visuales elementales: visio-

nes de fuego, de flamas, de relámpagos, etcétera. Algunas tienen relación con objetos muy definidos: visiones de fantasmas, de asesinos, de cabezas de muertos, etcétera. Las alucinaciones visuales verbales se producen cuando el proceso alucinatorio concierne al centro visual de las palabras.

Ya he dado algunos ejemplos de estos últimos. Recuerden la alucinación histórica del festín de Balthazar en la que los invitados vieron las palabras: "Mane, thecel, phares" escritas sobre la pared. Algunos enfermos ven letras, otros palabras, como ese melancólico místico que creía ver escritas frente a él las palabras: maldito, condenado, etcétera.

Existen casos mucho más complicados todavía. Un enfermo que estudié en Bicêtre, con un delirio de persecución con ideas megalomaníacas, un día vio escrito sobre una lámpara de porcelana las palabras: "Te amo". Poco a poco sus alucinaciones se acentuaron y llegó a visualizar su pensamiento, por lo que decía que se acostumbró a "escribir a través de los ojos".

"Lanzaba letras en el espacio y las juntaba para formar palabras". Estas letras al principio eran amarillentas y luego emblanquecían al alejarse, al punto de que no podía percibir las a cierta distancia. Creía que de esta manera se relacionaba con habitantes de regiones lejanas que podían leer las palabras "escritas a través de sus ojos". Este enfermo daba a sus alucinaciones verbales visuales el nombre pintoresco de fotografía de su pensamiento.

Por otra parte, era extremadamente visual, al punto de que le alcanzaba con mirar un objeto y cerrar los ojos para tener una representación visual nítida y "fotografiarla" a continuación en el espacio. Para él este "poder

"fotográfico" era un favor muy especial que despertaba los celos de sus enemigos; incluso quería sacar un registro de escritura a través de los ojos.

Pueden constatar a través de estos ejemplos que las alucinaciones verbales visuales pueden existir, pero que son más raras que las auditivas; antes que nada puesto que en el estado normal las imágenes verbales son menos usadas que las auditivas en el lenguaje interior; además, muchos individuos no saben leer, y ellos, evidentemente, no pueden tener alucinaciones verbales visuales.

Antes de avanzar en el estudio de las alucinaciones permítanme presentar a una enferma que padece alucinaciones verbales auditivas.

Se trata de una mujer de habla exuberante, perseguida, dice, por los espíritus el espiritismo; tiene también ideas megalomaniacas. Pretende que es la reina de Holanda, que posee millones, etcétera. Su delirio es antiguo, y está mujer, de débil inteligencia, un poco senil por otra parte, presenta una cierta disociación intelectual. No obstante, es fácil reconocer en ella alucinaciones verbales auditivas manifiestas.

Frente a nuestras preguntas responde en general bastante correctamente; pero a veces pueden verla interrumpirse en su discurso, voltear la cabeza como hacia un interlocutor invisible, tender muy manifiestamente su oído como si prestara atención a una voz que le hablase, y luego responder a ese personaje imaginario. Una vez que este diálogo intercalado termina vuelve a la conversación. Se disculpa entonces y explica que fue interrumpida por un espíritu que le hablaba del lado izquierdo, pero que ella escucha por los dos lados, y de

una manera tan nítida, asegura, que nosotros debimos también escucharlo claramente.

Pueden ver que puede provocar casi a voluntad sus alucinaciones del oído. Plantea una pregunta en voz alta, se da vuelta hacia un punto del espacio y dice: "Y bien, hable, responda, agrega". Luego la ven escuchar, acercando la oreja, la respuesta de su interlocutor imaginario. Le ordena incluso hablarnos, y rechaza creer que no captamos la respuesta que ella escuchó tan claramente.

He aquí un buen ejemplo de alucinaciones auditivas. Pero esta enferma tiene también otros trastornos alucinatorios.

Ella misma los diferencia.

Además de este espíritu que le habla al oído, otras voces vienen de afuera.

Sus perseguidores, dice, pusieron un "teléfono en su garganta". "Esto le hace mover la lengua." "No escucha entonces ninguna voz por el oído, y no obstante comprende muy bien lo que quieren decir."

Observen al respecto un hecho interesante sobre el que volveré más adelante.

La enferma les habla; se interrumpe de golpe para decir con enojo: "¿Quieres callarte?; espera por lo menos a que me explique". ¿Se trata como antes de una respuesta a una alucinación del oído? Preguntémosle a la propia enferma: "No, dice, no es lo mismo; quiere hablar en mi lugar, con mi propia lengua. Esto ocurre siempre; a menudo cuando hablo y no soy yo, el sonido de mi voz se vuelve chillón; es completamente diferente de las voces que escucho por el oído".

¿Debemos creer en esta distinción? Sin lugar a duda. Intentaremos analizar el mecanismo de este nuevo trastorno psíquico.

Volvamos por un instante a los elementos constitutivos de la función del lenguaje.

Vimos que los centros visual y auditivo podían ser el punto de partida de fenómenos alucinatorios.

Pero existen todavía otros dos centros, ambos motores. ¿Pueden ser también el origen de las alucinaciones? Creo haberlo demostrado suficientemente desde los primeros trabajos que publiqué en 1888 acerca de este tema,² y hoy en día esto está generalmente admitido. No insistiré más sobre ello.

Dejo de lado por el momento el centro gráfico para no tratar más que lo que tiene relación con el centro motor de la articulación. Veamos cómo se presentan en la clínica las alucinaciones verbales motrices de articulación.

Hace largo tiempo un alienista distinguido, Baillarger, señaló que ciertos enfermos decían no percibir el sonido de una voz; pretendían comprender por intuición, a través de su pensamiento, sin sonido. Baillarger designó este fenómeno con el término "alucinación psíquica", y la distinguió de las alucinaciones sensoriales; —estas últimas eran para él voces exteriores y las otras voces interiores—.

Después de Baillarger ciertos autores creyeron reconocer allí alucinaciones auditivas; otros pretendieron que no se trataba entonces de alucinaciones. En trabajos más recientes, en ediciones Fournié, Max Simon hace intervenir en casos similares la función del lenguaje, lo que ya fue supuesto por Lélut. Allí debía buscarse justamente la interpretación de las alucinaciones de este género. Es lógico, en efecto, que la función del lenguaje esté incluida

2. J. Séglas, *Progrès médical*, 1888, y *Troubles du langage chez les aliénés*, Bibliothèque médicale Charcot-Debove, 1892.

cuando se trata de un trastorno alucinatorio que lleva a la percepción de palabras y frases.

¿Pero en qué parte de los elementos del lenguaje hay que buscar esta explicación? La clínica da una respuesta.

Pregunten a ciertos alienados perseguidos por voces exteriores e interiores, e insistan en hacerles analizar las sensaciones que experimentan. Ellos mismos harán la diferencia.

Una de mis enfermas formulaba muy exactamente sus impresiones: "Escucho mis voces —decía— de manera auditiva y sensitiva: auditiva, como un ser que me habla al oído; sensitiva, es decir que percibo la sensación de un ser que habita mi pensamiento y habla con usted. Así entiendo uno y otro".

Se debe prestar mucha atención a estas locuciones de los enfermos: ellas los conducirán a menudo por la vía del diagnóstico.

En efecto, ¿no fueron así llevados a pensar que estas alucinaciones verbales, que no tienen como lugar ni el centro auditivo ni el centro visual del lenguaje, proceden tal vez de un trastorno del centro motor?

A primera vista puede parecer sorprendente, sin duda, que un centro motor cortical dé nacimiento a una alucinación verbal; pero recuerden primero ciertos hechos que demuestran la existencia de alucinaciones motrices comunes.

Los fenómenos observados por Weir Mitchell en los amputados son característicos al respecto. Tal enfermo se figura, mucho después de la operación, que todavía tiene el fantasma de su miembro fijado a su muñón.

Además, experimenta dolores, siente que se mueve a pesar suyo. Incluso tiene la percepción de movimientos voluntarios que dirige según su voluntad. Dice, por ejem-

plo: "Estiro el índice, separo el pulgar, tomo una pluma y escribo".

Se trata de verdaderas alucinaciones motrices que tienen su origen en los centros que presiden los movimientos de los miembros amputados, puesto que pueden producirse aunque el miembro entero haya sido desarticulado.

Estas alucinaciones motrices comunes se encuentran en los alienados. Vi a una enferma que creía estar afectada de movimientos espasmódicos del brazo derecho. No era más que un trastorno alucinatorio que apareció después que encontró a una enferma coreica en la sala de electroterapia. Volvió con la sensación de que su brazo estaba agitado con temblores convulsivos; no obstante, ningún signo objetivo podía revelar este estado espasmódico.

Los perseguidos también tienen alucinaciones del mismo género cuando cuentan que durante la noche los mueven en la cama o que les tiran de las piernas. Este también era el caso de las brujas de la Edad Media que decían que eran transportadas durante el *sabbat* a través de los aires.

Como ustedes ven, es evidente que existen alucinaciones motrices comunes. Y bien, la existencia de alucinaciones motrices verbales no es menos cierta, y estas alucinaciones sólo difieren de las precedentes por su especialización en la función del lenguaje.

Aunque a menudo están borradas en el estado normal a expensas de las imágenes auditivas o visuales, las imágenes motrices de articulación se vuelven preponderantes para ciertos individuos durante la reflexión: dicen mentalmente su pensamiento en lugar de

verlo o escucharlo. Esto es completamente interior; la representación mental se vuelve más viva, mientras que el pensamiento es articulado en voz baja, o incluso en voz alta. Acuérdense de las personas que hablan solas.

¿Quién no se cruzó en la calle con enfermos motores verbales de este género? Sin embargo, todos estos individuos se distinguen por un signo capital: tienen conciencia de que las palabras que pronuncian son la expresión de su pensamiento.

Ahora bien, en los alucinados motores encontramos exactamente los mismos fenómenos con los mismos grados, pero con la diferencia fundamental de que las palabras que pronuncian no están en relación con sus ideas conscientes; esto es lo que constituye la verdadera alucinación verbal motriz.

Los ejemplos no son raros.

Podría citar varios entre los que he recogido e interpretado: los autores que retomaron a continuación este estudio presentaron un cierto número.

A partir de ahora podrán conjeturar que hay que hacer entrar en el grupo de las alucinaciones verbales motrices las que nuestra enferma distingue de sus alucinaciones auditivas.

Antes de ir más lejos, permítanme detenerme algunos instantes sobre la teoría de las alucinaciones verbales motrices. Su legitimidad no parece controvertida. Pero como tendremos ocasión de volver en muchas oportunidades, es bueno que conozcan por lo menos algunos de los argumentos que utilizo desde que creí que era necesario plantearlas y defenderlas.

Les dije que los enfermos que tienen alucinaciones verbales del oído y de la vista eran ya auditivos o visua-

les; añadido que los alucinados motores verbales son precedentemente motores.

A menudo tuve la oportunidad de hacer la observación de ello. Una joven que tenía alucinaciones verbales motrices me decía por ejemplo: "Por lo demás, todo lo que pienso me llega sobre la lengua y estoy en todo momento dispuesta a decirlo". Otro alienado decía de sí mismo: "No pensar bajo, eso me asfixia, necesito hablar ya sea bajo o a menudo alto cuando pienso". Ballet verificó igualmente este hecho en varios de sus enfermos.

Cuando los individuos se vuelven alucinados en este sentido, sus imágenes motrices de articulación que se refieren incluso a su pensamiento consciente adquieren una vivacidad extrema y tienden a exteriorizarse. También muchos se quejan porque este pensamiento se formula y se les escapa de la boca antes de tener tiempo de pronunciarlo voluntariamente. Esto es lo que Pieraccini llama, no sin acierto, "la fuga de los pensamientos". Y este fenómeno a menudo es el origen de interpretaciones delirantes variadas.

Stricker, por su parte, hizo una constatación importante que puede suministrar un nuevo argumento para nuestra teoría.

Señaló que si es posible pensar en palabras diferentes al mismo tiempo, con ayuda de dos imágenes verbales diferentes o incluso de dos imágenes sensoriales de la misma naturaleza, sólo se puede llegar a eso a través de dos imágenes motrices simultáneas.

Ahora bien, encontrarán enfermos que tienen alucinaciones verbales motrices que las pierden cuando comienzan a hablar. Están los que emplean este subterfugio para hacer callar las voces que los atormentan; otros leen en voz alta todo el día. Parece que sus imágenes

motrices ocupadas en estos discursos o en estas lecturas ya no pueden suministrar la ayuda necesaria para producir la alucinación.

Inversamente, ciertos sujetos están tan absorbidos por sus alucinaciones que no pueden responder cuando se los interroga.

El testimonio de ello es la enferma que les presenté. Vieron que en el transcurso de su conversación se interrumpió de repente para decirle a su alucinación motriz que esperara para hablar a que ella se hubiera explicado.

Así, la alucinación absorbe la imagen motriz necesaria para la elaboración de la respuesta, y los enfermos están obligados a esperar que el fenómeno cese para poder utilizar libremente su centro motor de articulación. En casos extremos, la persistencia de la alucinación deviene un obstáculo permanente para la expresión del pensamiento del enfermo, y se encierra entonces en un silencio absoluto.

Las alucinaciones motrices, dicho de pasada, pueden añadirse entonces a las numerosas causas del mutismo vesánico.

He aquí varios argumentos que nos dejan entrever el rol capital del centro motor de la articulación en estas alucinaciones verbales motrices. Este rol también puede ser puesto en evidencia de manera indirecta. Cito un ejemplo. Una enferma, que tenía estas alucinaciones verbales, experimentaba al mismo tiempo movimientos nítidos de la lengua que sentía "vacilar". Sentía también, por instantes, movimientos análogos en las fosas nasales o en los párpados, pero no le decían nada. Para que los entendiera era necesario que estuvieran acompañados de movimientos de la lengua, los únicos que efectivamente se encontraban en relación con la función del lenguaje.

Ciertas costumbres de los alienados confirman también la existencia y la naturaleza de las alucinaciones verbales motrices. Saben que ciertos alucinados del oído se tapan los oídos para ahogar los ruidos que los obsesionan.

Algunos utilizan algodón, otros usan peinados extravagantes, verdaderos cascos de tela y cartón —como la enferma que pudieron ver en el servicio—.

Los alucinados motores no hacen nada semejante pero, por el contrario, tienen costumbres que nos indican muy bien la naturaleza y el lugar de sus alucinaciones: mantienen su lengua apretada entre sus dientes; retienen su respiración; se llenan la boca de piedras.

Uno de los enfermos que lo hacía se imaginaba que los movimientos de su lengua eran transmitidos a sus enemigos a través del aire de sus fosas nasales por medio de un aparato "telescopéfónico". Las piedras que llenaban su boca tenían por objetivo hacer cesar los movimientos imaginarios de su lengua.

No hay que restarles importancia a los gestos de los alucinados. Los auditivos tienen el aspecto de personas que escuchan. Los motores, al contrario, mueven los labios o parecen murmurar palabras ininteligibles. A veces se comprimen el epigastro con la mano cuando imaginan que ése es el punto de partida de sus voces. Cada vez que sea posible no hay que dejar de hacer escribir a los enfermos que tienen alucinaciones: los auditivos escriben como en un dictado, mientras que los motores, al escribir, hacen movimientos de articulación con los labios.

Las pruebas alcanzan para convencernos de la existencia y la naturaleza de las alucinaciones verbales motrices. Vieron también cómo se las puede reconocer.

Debemos confesar que su interpretación no siempre es fácil. Existen casos complejos en los que uno se las arregla a duras penas, sobre todo cuando los enfermos tienen un espíritu débil o trastornado por una afección mental de larga data; por otra parte, no siempre son buenos psicólogos, y analizan confusamente sus sensaciones. Pero a través de una observación prolongada y atenta, generalmente se puede definir la participación del elemento motor en sus alucinaciones.

A menudo se manifiesta a la larga una alucinación motriz que no existía nítidamente al comienzo de la enfermedad. Una de mis enfermas decía exactamente esto: "Antes hablaba con el corazón, pero ahora hablo con la boca y mi lengua está dislocada".

Las alucinaciones verbales motrices son muy variadas desde el punto de vista de su intensidad.

Ciertos alienados sólo tienen la voz interior y el observador sólo puede reconocer su carácter a través de las descripciones de los pacientes. Otros hablan en voz baja o hacen solamente simples movimientos de articulación con los labios. La alucinación puede manifestarse en voz alta.

En el primer grado, se trata de una simple conversación mental: es la alucinación verbal kinestésica simple; en el segundo caso, la alucinación verbal motriz es completa. En el último, nos encontramos con una verdadera impulsión verbal.

Todas estas variedades se encuentran en la clínica y merecen ser bien definidas puesto que no tienen exclusivamente un interés teórico. Una alucinación motriz no tiene la misma significación psicológica, clínica y pronóstica que una alucinación del oído, y la determinación de los diversos grados de las alucinaciones motrices tiene igualmente su importancia.

Terminaré esta corta revisión semiológica. Quería tan sólo pasar revista, en sus aspectos más simples, a las diferentes variedades de alucinaciones —sobre todo verbales— para que pudieran reconocerlas rápidamente en su oportunidad, y estas nociones pueden también servirnos de guía en el estudio de las formas complejas que abordaremos en la próxima reunión.

Para volver a la clínica, les presentaré ahora a una enferma que padece alucinaciones verbales motrices muy nítidas; encontrarán en ella la mayoría de los caracteres sobre los que acabo de llamar su atención.

Se trata de una joven de veinte años, nacida de padres de cortos alcances. Su padre era casi imbécil, su madre poco inteligente, tenía un hermano casi idiota.

Ella también era un poco débil. Caminó muy tarde, a duras penas comenzó a leer, y luego de una fiebre tifoidea grave sus facultades se detuvieron en su desarrollo. Desde hace dos años, a su estado de debilidad mental se le añadieron síntomas delirantes. Dice haber visto "imágenes en el techo". ¿Se trata de ilusiones o de alucinaciones de la visión? La cosa es difícil de precisar.

Tiene también ideas vagas de persecución que relaciona con seres mal definidos que la atormentan con las alucinaciones de las que sufre.

Pero lo que le llamó principalmente la atención, y que en la actualidad domina el cuadro mórbido, son las alucinaciones verbales motrices. Éstas son visibles para todo el mundo, y en el servicio se conoce a esta joven como la enferma que habla sola.

Se expresa al respecto de manera bastante explícita:

"Esto parte del garguero de la boca". "Los otros enfermos dicen: son voces, pero no les hacen hablar como a

mí." "Me hacen algo en la garganta, sobre la lengua, para hablar; parecería que mi lengua marcha siempre; no se queda nunca tranquila."

Reconocen allí, sinceramente descripta, la alucinación verbal motriz.

Observen también lo que dice cuando quiere hacer cesar las voces: "Aprieto los dientes para que no me hagan hablar, pero no me tapo nunca los oídos".

Cuando intenta leer mentalmente, la alucinación se interrumpe: "Me hacen quitar la lectura para decirme palabras. Leo en voz alta para poder leer, si no lo hago es imposible".

Hasta aquí todo se limita al primer grado de las alucinaciones verbales motrices. Pero miren atentamente a la enferma, y verán por instantes que sus labios se mueven como si hablara en voz baja. Frente a un público que no le es familiar se contiene. Pero cuando luego entra en su división pronuncia en voz alta palabras violentas, injurias, las "cosas que le hacen decir y que no quisiera decir las", de las que se disculpa. He aquí un buen ejemplo de impulsión verbal.

Para terminar con lo relativo a esta enferma, les diré que tiene también alucinaciones motrices comunes: sus vagos atormentadores (los hombres de voz) le mueven los brazos o las piernas, le hacen doblar la cabeza, etcétera.

Así, el elemento motor domina en todos sus trastornos alucinatorios.

Para terminar, permítanme darles todavía algunas indicaciones en relación con el diagnóstico semiológico de la alucinación.

No hay que precipitarse en concluir frente a la existencia de una alucinación. Aunque parece muy simple,

este diagnóstico no siempre es fácil y su precisión presenta una real importancia; tanto en clínica como en nosografía.

Pueden presentarse varios casos.

Tomemos primero el más simple y supongamos que estamos frente a un enfermo alucinado en el momento mismo del examen que, por otro lado, responde a las preguntas que se le plantean.

Cuando se trata de una alucinación elemental el diagnóstico es fácil: pueden fácilmente controlar ustedes mismos la realidad de la percepción recibida por el enfermo.

En el caso de una alucinación común hay dos fenómenos que resulta necesario distinguir: la ilusión y la interpretación delirante.

Mientras que la alucinación, como lo hemos visto, es una percepción sin objeto, la ilusión es la percepción falsa, inexacta, de un objeto que existe realmente. De esta manera, un enfermo que padece ilusiones verá en el pliegue de la cortina la silueta de un fantasma, un asesino, etcétera.

En la interpretación delirante, la percepción es exacta, pero el enfermo le atribuye un sentido particular en relación con sus preocupaciones. Una melancólica, por ejemplo, escucha en el vecindario el ruido de un martillo de un carpintero que arregla un tabique. Se da cuenta de la naturaleza del ruido, pero lo interpreta falsamente y dice: "Es el cadalso que se prepara para mi suplicio".

Las mismas distinciones se aplican a las alucinaciones verbales. Tomemos como ejemplo la alucinación verbal auditiva que acabamos de estudiar detenidamente, en la que el enfermo escucha palabras mientras que todo

está silencioso alrededor de él. En la ilusión, escucha todavía palabras, pero estas palabras pronunciadas realmente son mal percibidas por él, como si se produjera en uno de nuestros enfermos frente al que se dijera "trampas de lobos" (*trampe aux loups*) y entendiera "es celoso" (*est jalouse*).

Otra forma de ilusión es aquella en la que un ruido exterior es percibido por el enfermo en forma de palabras. Así, el ruido del viento, el sonido de una campana, serán percibidos en forma de palabras. Un enfermo escucha su nombre en el ruido de un trueno. Estos sentidos que deberían despertar solamente la idea de un objeto al dirigirse a los centros auditivos comunes, despiertan por el contrario en él una imagen verbal almacenada en el centro auditivo de los motores. El enfermo la percibe como si viniera del exterior y la relaciona con un objeto determinado.

Deben distinguirse los hechos de este tipo de los que el enfermo da una significación de ruidos reales exteriores que traduce él mismo. De esta manera una joven, a la que tendremos ocasión de examinar más tarde, da un sentido al grito de los pájaros que escucha cantar en el jardín; piensa, por ejemplo, que cuando ella sale ellos dicen: "He aquí una joven". Pero estas palabras no las escucha, se figura simplemente la significación de sus gritos.

Este ejemplo se aproxima más bien a la interpretación delirante que se manifiesta en relación con los fenómenos auditivos, en los que la percepción auditiva se hace correctamente, pero que el enfermo otorga una dimensión especial a lo que acaba de escuchar, un sentido particular en relación con el tema de su delirio. Por ejemplo, un perseguido que tuvimos que examinar escu-

cha un día a dos personas pronunciar esta frase en el transcurso de una conversación: "¿Qué quiere que les atraiga?". Inmediatamente ve allí una amenaza; para él es la prueba de que va a ser el objetivo de nuevas miserias.

Las consideraciones precedentes pueden también aplicarse tanto a las alucinaciones verbales que se ocupan del sentido del oído como a las de la vista.

En lo que concierne al diagnóstico de las alucinaciones verbales auditivas con las psicomotrices, hemos insistido suficientemente sobre estas últimas para mostrar en qué los enfermos que las padecen difieren de los que tienen alucinaciones auditivas aunque digan escuchar voces.

Por otra parte, junto a los fenómenos subjetivos develados por el interrogatorio, las alucinaciones, cuando se producen en el momento actual, se acompañan de síntomas objetivos sobre los que volveremos luego.

En numerosos casos no se asiste a la producción de la alucinación, y este diagnóstico debe ser llevado a cabo retrospectivamente. Éste es evidentemente el mismo, pero se debe fundamentar sólo del lado puramente subjetivo del fenómeno; resulta también importante precisar exactamente las pequeñas circunstancias en las cuales se produce, todas sus condiciones, todas sus particularidades, antes de pronunciarse sobre su naturaleza verdaderamente alucinatoria. Se la puede controlar, si es necesario, a través de las informaciones de personas presentes en el momento en que tuvo lugar.

Hasta aquí hemos supuesto el caso en que estaríamos con un enfermo confiado, comunicativo, que se presta al examen.

Pero también se puede tener que determinar la exis-

tencia de alucinaciones en alienados que rechazan responder al interrogatorio y se encierran en un mutismo obstinado.

Incluso les recordaré que entre las causas del mutismo vesánico al que hemos pasado revista en las conferencias anteriores figura la presencia de alucinaciones de diferentes maneras.

Pueden ser, por ejemplo, alucinaciones imperativas que prohíben hablar al enfermo, o bien alucinaciones motrices que determinan el mutismo a través del mecanismo que les he expuesto.

En estas condiciones el diagnóstico de alucinaciones no puede resultar más que de la noción de síntomas objetivos que les he comentado antes y que a menudo los acompaña de manera más o menos clara.

Entre estos síntomas objetivos, no insistiré sobre algunos —tales como las modificaciones del pulso, la circulación vasomotora—, que no sirven para el diagnóstico práctico; éstos son comunes no solamente en todos los tipos de alucinaciones sino en hechos psíquicos de otro orden.

Los más importantes son los que se relacionan con reacciones mímicas provocadas por las alucinaciones.

En las alucinaciones auditivas, por ejemplo, la cabeza se da vuelta de manera de llevar el pabellón de la oreja en la dirección de donde parece que viene la alucinación. Al mismo tiempo se capta una modificación particular en la expresión de la mirada, que se vuelve atenta; incluso se percibe un ligero movimiento en todo el cuerpo, ya sea para escuchar mejor o para escapar. En una palabra, la actitud del enfermo es la de alguien que escucha.

Ciertas costumbres o particularidades de hábitos que

tienden, de una manera u otra, a interceptar los sonidos por la obstrucción de las orejas, pueden también ponerlos sobre la pista de alucinaciones del oído.

En las alucinaciones psicomotrices el enfermo parece alguien que habla solo; pueden constatar movimientos de los labios y encontrar estas actitudes particulares, estas costumbres que les señalaba, que tienen por objetivo comprimir el punto de partida de las voces interiores, de oponerse a los movimientos de la lengua, etcétera.

Los signos objetivos de la alucinación de la vista a menudo son más fáciles de captar. Está la rotación de la cabeza, la fijación de la mirada, los cambios de dimensiones de la pupila en relación con la dirección o la distancia de la alucinación, la expresión emocional de la mirada, la actitud general del sujeto.

Se señaló también el hecho de que los alucinados de la vista a menudo tienen sensaciones desagradables de cuerpo extraño, de picoteos, que los llevan a frotarse los ojos.

Las alucinaciones del gusto se acompañan de movimientos de degustación o de deglución, de salivación o de escupidura.

Las alucinaciones del olfato se acompañan frecuentemente de movimientos de espiración nasal. A menudo los enfermos se ingenian para protegerse contra los malos olores poniéndose en cuclillas de manera extraña, de forma de cerrar la boca y las fosas nasales.

Las alucinaciones del sentido genital provocan a menudo gestos, actitudes lascivas. En cuanto a los fenómenos del mismo orden designados como trastornos de la sensibilidad general, sólo se traducen al exterior como sobresaltos, movimientos de huida, de defensa, de picadura, de las particularidades de la ropa que tiene por

función proteger la parte del cuerpo en el que se manifiestan.

En los alienados crónicos, algunos autores, especialmente Ferer, señalaron la existencia de pliegues perpendiculares a la dirección de las fibras musculares, que intervienen en las expresiones mímicas en relación con uno u otro orden de alucinación.

Tales son las nociones generales que quería recordarles. Espero que no les hayan parecido demasiado áridas, y sobre todo que puedan servirles de guía en el interrogatorio, a menudo tan difícil, de los alienados. Tendrán por lo menos la ventaja de facilitarnos el examen de los enfermos de los que les hablaré en el transcurso de nuestras próximas reuniones.