

una lesión tan precisa como las otras formas de afasia, y su antigua localización á nivel de la base de la segunda circunvolución frontal está hoy día casi abandonada.

DESDOBLAMIENTO DE LA MEMORIA.—La observación prolongada permite reconocer en algunos casos de *histerismo* ó de *epilepsia* una forma especial de amnesia, que llega á constituir un *verdadero desdoblamiento de la memoria*. Se observa en enfermos de esta clase que pierden súbitamente, después de una crisis, todos los recuerdos referentes á su vida anterior; olvidan entonces todo cuanto han visto ó aprendido, no saben ya leer ni escribir, ni reconocen á las personas que habitualmente les rodean, etc. Ha de comenzar todo de nuevo. Pero en esto sobreviene un nuevo ataque, y entonces, mientras reaparecen los antiguos recuerdos, bórrase de su memoria, como por arte de magia, todo cuanto han hecho ó aprendido durante el período subsiguiente á la primera crisis. Más tarde, por influencia de otro ataque, compruébase de nuevo una amnesia de los hechos referentes al estado normal y una reconstitución exacta de los recuerdos de la fase morbosa anterior, y así sucesivamente.

Como consecuencia de este desdoblamiento de la memoria, se llega, por una observación prolongada, á comprobar en ellos la existencia de dos estados psíquicos, de dos estados de conciencia: uno, normal con memoria exacta relativa á la infancia, á los allegados, á los conocimientos adquiridos, etc.; otro, patológico, en que esta memoria falta, y por tanto nuevos recuerdos ocupan su lugar. Este desdoblamiento de la memoria es el hecho fundamental del estado psíquico, conocido con el nombre de *desdoblamiento de la personalidad*, del que trataremos ulteriormente.

PARAMNESIA.—A la par que la amnesia, deben investigarse los *errores de memoria* (la paramnesia): háblase al enfermo de un acontecimiento enteramente nuevo, y él pretende que ya desde mucho tiempo tenía de ello conocimiento; se le presenta un individuo por primera vez y afirma que ya le era conocido, etc. Estos *fenómenos del ya visto, conocido ú ocurrido* constituyen una de las variedades de la paramnesia y se observan en estado normal en individuos intelectualmente *ponósicos* y, en estado patológico, en los *neurasténicos*, los *histéricos*, los *desequilibrados*, los enfermos de *delirio persecutorio*, etc.

En otras circunstancias, el interrogatorio conducirá al clínico á comprobar que el enfermo toma sus divagaciones por recuerdos de acontecimientos reales. El sujeto, notoriamente inocente, divaga refiriéndose á un crimen sensacional, y cuenta después que recuerda claramente cómo ha ocurrido tal crimen, quiénes le han cometido, y aun, en algunos casos, lleva la sinceridad de su relato hasta confesar su propia culpabilidad.

Esta variedad de paramnesia, conocida con el nombre de *pseudo-reminiscencia*, es frecuente de un modo particular en las *histéricas* y en los *alcohólicos*; ofrécese también en las afecciones psíquicas acompañadas de un decaimiento físico acentuado, como en el curso ó durante la convalecencia de las *enfermedades infecciosas* ó en los estados *caquécticos* extremados; en la *psicosis polineurítica* y en la *parálisis general* puede observarse este signo, siendo menos frecuente en la *demencia senil*.

HIPERMNESIA.—Al revisar los síntomas relativos á la memoria, no debe olvidarse la investigación, en ciertos enfermos, de los fenómenos de aparición en la conciencia de recuerdos muy antiguos, que el individuo no hubiera podido tener presentes en estado normal, de *hipermnesia*, en una palabra. Estos lejanos recuerdos, á menudo sin vínculo lógico, aparecen en individuos que están ó creen estar expuestos á un peligro grave, inminente. Los hechos de este género son de observación psicológica corriente, y Víctor Hugo, en sus *Pauvres gens*, nos da un ejemplo de ello. Un marinero se está ahogando y un momento antes de morir acude á su memoria un detalle en el que jamás había pensado:

«Il voit s'ouvrir sous lui l'ombre et l'abîme, et songe
Au vieil anneau de fer du quai plein de soleil.»¹

Muy interesante sería estudiar estos fenómenos en los alienados y de un modo particular en las *histéricas*, en cuyos ataques los hemos ya consignado, en los *maniacos*, en los *melancólicos*.

Además de las modificaciones en el número, la intensidad, etc., de las percepciones, es necesario proceder al examen de las modificaciones de su calidad, esto es, al estudio de las *alucinaciones*, de las *ilusiones* y de las *falsas interpretaciones*.

IV. **Alucinaciones, ilusiones, falsas interpretaciones.**—En estado normal, la percepción es resultado de una sensación provocada por la acción de un objeto real en un órgano sensorial. Si el mecanismo se altera, las cosas ocurren de diferente modo.

Pueden darse varios casos.

En estado patológico, ó bien se comprueba la existencia de una percepción idéntica *sin que el órgano sensorial sea excitado en modo alguno por un objeto real*, ó como aún se dice, se trata de una *percepción sin objeto*, esto es, una *alucinación*. En conversación con el enfermo, se observa que de pronto fija aquél su mirada en el techo; cuando se le pregunta, declara estar contemplando allí al arcángel Gabriel. Otro escucha con

¹ Ante él ve abrirse el negro abismo y le acude á la memoria—la argolla de hierro que en el muelle, lleno de sol, relucía entre la piedras.

atención y dice que oye cañonazos. Están ambos *alucinados*; uno ha reconstituido un recuerdo visual, el otro un recuerdo auditivo y los dos son víctimas de una proyección exterior de tales ideas, proyección acompañada de viva impresión sensorial.

A veces tiene lugar durante el interrogatorio un incidente cualquiera, por ejemplo, el silbido de una locomotora resuena en las cercanías, el sujeto presta atención, pero no oye el silbido, sino palabras articuladas; ó bien al entrar en la habitación donde aquél se encuentra con una lámpara encendida, cree ver un ser imaginario, rodeado de radiaciones luminosas. De igual suerte ocurre que un alcohólico, un diftérico, un tifódico, con neuritis periféricas que llegan á veces á determinar hormigueos y entorpecimientos, se quejan diciendo que pasean por su piel toda clase de animales. En todos estos casos, se comprueba, con la atenta observación de los hechos, que la excitación del órgano sensorial es producida por un objeto real, pero que la excitación es percibida de un modo inexacto. Se diagnosticará, pues, que se trata de una *ilusión*.

Algunas veces el enfermo expresa sus trastornos sensoriales diciendo que aprecia ciertos fenómenos *mentalmente, con el pensamiento, por intuición*, sin impresión visual exterior, de igual modo que oye dentro de él como una voz interior. La diferencia es considerable, puesto que, en la alucinación ordinaria, todo ocurre por *fuera*, mientras que aquí todo evoluciona por *dentro*. Una alucinación de esta clase constituye una *alucinación psíquica*, esto es, un trastorno en que la idea mental, el recuerdo, á la par que es reproducido de un modo intenso, no es, sin embargo, proyectado al exterior. Esta idea puede ser sensitiva, tener por punto de partida la excitación del centro visual ó auditivo, ó bien puede ser motora, germinar á nivel de la base de la tercera circunvolución frontal ó de la base de la segunda. De ello deriva la necesidad de investigar á cuál de las dos categorías corresponde la alucinación psíquica del sujeto, y determinar si es como se dice *psicosensitiva* ó *psicomotora*. Ya trataremos en breve de la manera cómo se consigue hacer clínicamente esta diferenciación.

Por último, en muchos casos, se puede comprobar con el examen que el sujeto tiene percepciones exactas motivadas por objetos reales, sólo que atribuye á estas percepciones un sentido de todo punto especial en relación con sus preocupaciones. Trátase, por ejemplo, de un melancólico que está continuamente esperando su ejecución; cada persona que entra en la sala está él convencido de que va allí para conducirle al cadalso. Su atención se dirige siempre en este sentido, y sólo en este sentido.

Tiene lugar una percepción cualquiera: ruido de una cerradura ó crujido de una puerta, el enfermo interpretará siempre tales ruidos de igual manera.

No se trata ya de alucinación ni de ilusión por parte del sujeto, sino que hay *atribución de un sentido inexacto á una percepción experimentada regularmente*; es cuestión, como se dice, de *interpretación delirante*.

Una vez sobre las huellas de las alucinaciones, debemos procurar resolver dos importantes cuestiones. Es necesario ante todo determinar si el sujeto tiene ó no conciencia de ellas; en el primer caso, él mismo reconoce que experimenta un fenómeno patológico, en el otro, ignora en absoluto el carácter morboso de éste.

Pásese luego á analizar los caracteres de cada especie de alucinaciones: *visuales, auditivas, táctiles, olfatorias, gustativas, sensitivo-musculares, sensitivo-generales, genitales, psicosenesivas y psicomotoras*.

Supongamos el caso de un enfermo de *delirio de persecución*, en el que comprobamos la existencia de *alucinaciones del oído* por la actitud atenta de su cabeza y por su manera de hablar. Se trata de saber si lo que oye está constituido por ruidos vagos, por decirlo así, sin ninguna relación con la idea de un objeto, como un crujido por ejemplo, ó bien si percibe sonidos que, aun no siendo articulados, se refieren á una idea determinada, como el toque de una campana, un disparo de arma de fuego, el silbido de una serpiente, ó por último, si oye palabras articuladas, insultos ó alabanzas, consejos acerca de lo que debe decir ó hacer, amenazas, conspiraciones. Es necesario inquirir la intensidad de estos ruidos y de estas voces; en un caso son claros, distintos, parecen producirse muy cerca del enfermo; en otro, son apagados, lejanos. Tales ruidos pueden percibirse únicamente por un oído, ser unilaterales¹, y casi siempre es el enfermo mismo que reclama la atención del médico respecto de este detalle que á él le sorprende. Aun siendo *bilaterales* las alucinaciones auditivas, pueden ser *antagónicas*. El enfermo dirá entonces que le llegan por un oído cosas lisonjeras, alabanzas, predicciones de felicidad, y oye por el otro insultos y maldiciones². Algunos actos de los alienados, como rehusar la comida, las violencias, el mutismo, no reconocen otro motivo que una *alucinación auditiva verbal de forma imperiosa* como: «No comas», «Mátalo», «No hables».

¹ JOFFROY, Las alucinaciones unilaterales (Lección explicada en el Asilo Sainte-Anne, Diciembre, 1894 y *Archives de neurologie*, 1896).

² MAGNAN, De las alucinaciones bilaterales de carácter diferente según el lado afecto (*Archives de neurologie*, 1888, t. VI, p. 336).

Bueno es hacer notar que la pregunta dirigida al enfermo respecto de estas alucinaciones auditivas debe referirse á sus preocupaciones habituales, puesto que la alucinación no crea nada, manifiesta únicamente las ideas usuales del individuo.

Debe recurrirse á una investigación análoga cuando se trata de alucinaciones de la *vista*, que son frecuentes de un modo particular en las *intoxicaciones*, y pueden observarse asimismo en las *enfermedades infecciosas*, en el *histerismo*, la *epilepsia*, en los *débiles*; búsquense primero las *alucinaciones visuales elementales* (deslumbramientos, resplandores), y luego las alucinaciones que tengan relación con un objeto determinado conocidas con la denominación de *alucinaciones diferenciadas* (fantasmas, animales, muecas, groserías de las personas que pasan junto á ellos).

Cuando la excitación parte de los centros visuales de las palabras, del pliegue curvo, se podrá comprobar la producción de alucinaciones visuales y verbales como en un caso publicado por Séglas¹. ¿Cómo se demostró este síntoma? El enfermo vió un día escritas en una lámpara de porcelana estas palabras: «Te amo», y declaró que él sabía «escribir su pensamiento con los ojos» ó «fotografiar su pensamiento».

La intensidad, la uni- ó bilateralidad debemos igualmente determinarlas para estas alucinaciones visuales.

En presencia de un alucinado del oído ó de la vista, es necesario buscar en él las *alucinaciones psíquicas, psicosenesivas ó psicomotoras*, puesto que con suma frecuencia van íntimamente mezcladas.

Basta fijar la atención en este sentido para que, interrogado el enfermo, diga *si ve ó oye mentalmente*, sin proyección al exterior, algunos de los fenómenos que refiere; se podrá diagnosticar de este modo la existencia de *alucinaciones psicosenesivas* perfectamente estudiadas por Baillarger².

El sujeto manifiesta que en su garganta, en su pecho, ó en su cabeza alguna cosa habla, repite su pensamiento, le sugiere una idea, le hace decir, aunque le pese, lo que él no querría decir; en este caso, muy probablemente, dicho individuo padece alucinaciones psicomotoras del centro del lenguaje articulado ó, como dice Séglas, *alucinaciones verbales psicomotoras*. Con bastante frecuencia se observa que el enfermo, al mismo tiempo que permanece en atención, mueve los labios, murmura alguna cosa.

Si en vez de referir que habla contra su voluntad, confiesa el indi-

¹ SÉGLAS, *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, Paris, 1895.

² BAILLAGER, *Fisiología de las alucinaciones, Premières Recherches sur les maladies mentales*, 1845, t. I, p. 395.

viduo que se ve *obligado á escribir su pensamiento*, se trata entonces de una excitación morbosa del centro de las representaciones motoras de la escritura, y cuyo resultado consiste en la aparición de las *alucinaciones psicomotoras gráficas*.

En todas estas circunstancias y para determinar mejor la causa que da lugar á la aparición de estas alucinaciones psicomotoras de los centros de los diferentes lenguajes, es conveniente investigar cuál ha sido, en estado normal, la manera de pensar del enfermo; si éste pensaba verbal ó gráficamente; si era, como dice Gilberto Ballet, motor verbal ó motor gráfico: el motor verbal habla, mueve los labios, murmura al mismo tiempo que piensa; el motor gráfico tiende á expresar con mayor facilidad su pensamiento por escrito.

Las alucinaciones *tactiles* pueden manifestarse por sensaciones cutáneas vagas; el enfermo dirá, por ejemplo, que siente picazones, fuertes ardores, frío, cuando nada motiva estas sensaciones; pueden éstas ofrecer también un carácter más determinado, refiriéndose á una idea, y en semejante caso el sujeto declara que recibe una corriente eléctrica, una mordedura de perro rabioso, una cuchillada ó un pistoletazo.

Existen también *alucinaciones de la sensibilidad muscular* (el enfermo siente que le levantan, le transportan, etc.), alucinaciones de la *sensibilidad general* (animal dentro del cuerpo, vísceras removidas), alucinaciones *gustativas, olfatorias, genitales, etc.*

Aunque sea insistir de nuevo sobre ello, interesa determinar bien la intensidad de todas estas desviaciones de las percepciones; ya que unas, muy acentuadas, actúan sobre el ánimo á cada instante, acaparan toda la atención del individuo y llegan á ser el motivo principal de todos sus actos, mientras que las otras son muy débiles, y por tanto, no ejercen gran acción sobre las funciones psíquicas del sujeto, que puede, si firmemente se lo propone, sustraerse á su influencia.

Importa también estudiar exactamente la coexistencia, la asociación, la combinación de todas estas alucinaciones entre sí y con las ilusiones y las interpretaciones delirantes. Con todo nunca se habrá repetido bastante que el *diagnóstico de las alucinaciones* es á menudo en sí mismo muy difícil y delicado.

Diagnóstico de las alucinaciones. — Cuando es posible proceder al interrogatorio del enfermo, se atiende á los datos que proporciona; algunas veces no puede utilizarse tal medio de información, y se queda dudando ó ignorando cuáles sean los verdaderos fenómenos. Aun cuando el sujeto quiera enterarnos de sus trastornos sensoriales, esto, después de todo, no es más que una prueba de orden puramente subjetivo, que no nos da

Bueno es hacer notar que la pregunta dirigida al enfermo respecto de estas alucinaciones auditivas debe referirse á sus preocupaciones habituales, puesto que la alucinación no crea nada, manifiesta únicamente las ideas usuales del individuo.

Debe recurrirse á una investigación análoga cuando se trata de alucinaciones de la *vista*, que son frecuentes de un modo particular en las *intoxicaciones*, y pueden observarse asimismo en las *enfermedades infecciosas*, en el *histerismo*, la *epilepsia*, en los *débiles*; búsquense primero las *alucinaciones visuales elementales* (deslumbramientos, resplandores), y luego las alucinaciones que tengan relación con un objeto determinado conocidas con la denominación de *alucinaciones diferenciadas* (fantasmas, animales, muecas, groserías de las personas que pasan junto á ellos).

Cuando la excitación parte de los centros visuales de las palabras, del pliegue curvo, se podrá comprobar la producción de alucinaciones visuales y verbales como en un caso publicado por Séglas¹. ¿Cómo se demostró este síntoma? El enfermo vió un día escritas en una lámpara de porcelana estas palabras: «Te amo», y declaró que él sabía «escribir su pensamiento con los ojos» ó «fotografiar su pensamiento».

La intensidad, la uni- ó bilateralidad debemos igualmente determinarlas para estas alucinaciones visuales.

En presencia de un alucinado del oído ó de la vista, es necesario buscar en él las *alucinaciones psíquicas, psicosenesivas ó psicomotoras*, puesto que con suma frecuencia van íntimamente mezcladas.

Basta fijar la atención en este sentido para que, interrogado el enfermo, diga *si ve ó oye mentalmente*, sin proyección al exterior, algunos de los fenómenos que refiere; se podrá diagnosticar de este modo la existencia de *alucinaciones psicosenesivas* perfectamente estudiadas por Baillarger².

El sujeto manifiesta que en su garganta, en su pecho, ó en su cabeza alguna cosa habla, repite su pensamiento, le sugiere una idea, le hace decir, aunque le pese, lo que él no querría decir; en este caso, muy probablemente, dicho individuo padece alucinaciones psicomotoras del centro del lenguaje articulado ó, como dice Séglas, *alucinaciones verbales psicomotoras*. Con bastante frecuencia se observa que el enfermo, al mismo tiempo que permanece en atención, mueve los labios, murmura alguna cosa.

Si en vez de referir que habla contra su voluntad, confiesa el indi-

¹ SÉGLAS, *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, Paris, 1895.

² BAILLAGER, *Fisiología de las alucinaciones, Premières Recherches sur les maladies mentales*, 1845, t. I, p. 395.

viduo que se ve *obligado á escribir su pensamiento*, se trata entonces de una excitación morbosa del centro de las representaciones motoras de la escritura, y cuyo resultado consiste en la aparición de las *alucinaciones psicomotoras gráficas*.

En todas estas circunstancias y para determinar mejor la causa que da lugar á la aparición de estas alucinaciones psicomotoras de los centros de los diferentes lenguajes, es conveniente investigar cuál ha sido, en estado normal, la manera de pensar del enfermo; si éste pensaba verbal ó gráficamente; si era, como dice Gilberto Ballet, motor verbal ó motor gráfico: el motor verbal habla, mueve los labios, murmura al mismo tiempo que piensa; el motor gráfico tiende á expresar con mayor facilidad su pensamiento por escrito.

Las alucinaciones *tactiles* pueden manifestarse por sensaciones cutáneas vagas; el enfermo dirá, por ejemplo, que siente picazones, fuertes ardores, frío, cuando nada motiva estas sensaciones; pueden éstas ofrecer también un carácter más determinado, refiriéndose á una idea, y en semejante caso el sujeto declara que recibe una corriente eléctrica, una mordedura de perro rabioso, una cuchillada ó un pistoletazo.

Existen también *alucinaciones de la sensibilidad muscular* (el enfermo siente que le levantan, le transportan, etc.), alucinaciones de la *sensibilidad general* (animal dentro del cuerpo, vísceras removidas), alucinaciones *gustativas, olfatorias, genitales, etc.*

Aunque sea insistir de nuevo sobre ello, interesa determinar bien la intensidad de todas estas desviaciones de las percepciones; ya que unas, muy acentuadas, actúan sobre el ánimo á cada instante, acaparan toda la atención del individuo y llegan á ser el motivo principal de todos sus actos, mientras que las otras son muy débiles, y por tanto, no ejercen gran acción sobre las funciones psíquicas del sujeto, que puede, si firmemente se lo propone, sustraerse á su influencia.

Importa también estudiar exactamente la coexistencia, la asociación, la combinación de todas estas alucinaciones entre sí y con las ilusiones y las interpretaciones delirantes. Con todo nunca se habrá repetido bastante que el *diagnóstico de las alucinaciones* es á menudo en sí mismo muy difícil y delicado.

Diagnóstico de las alucinaciones. — Cuando es posible proceder al interrogatorio del enfermo, se atiende á los datos que proporciona; algunas veces no puede utilizarse tal medio de información, y se queda dudando ó ignorando cuáles sean los verdaderos fenómenos. Aun cuando el sujeto quiera enterarnos de sus trastornos sensoriales, esto, después de todo, no es más que una prueba de orden puramente subjetivo, que no nos da