

Jacques Lacan

Primeros
escritos

PAIDÓS

Jacques Lacan

Primeros escritos

 PAIDÓS

Índice

<i>Advertencia</i> , por Jacques-Alain Miller	9
Abasia en una mujer con trauma de guerra	13
Locuras simultáneas	23
Estructura de las psicosis paranoicas	35
Escritos “inspirados”: Esquizografía	57
El problema del estilo y la concepción psiquiátrica de la formas paranoicas de la experiencia.....	83
Motivos del crimen paranoico: el crimen de las hermanas Papin.....	91
Psicología y estética	103
Alucinaciones y delirio.....	115
<i>Traducción</i>	
FREUD. Sobre algunos mecanismos neuróticos en los celos, la paranoia y la homosexualidad.....	123
<i>Referencias</i>	137

Abasia en una mujer con trauma de guerra

PUBLICADO EN LA REVUE NEUROLOGIQUE DE PARIS, 1928¹

Presentamos a esta enferma por la singularidad de un trastorno motor de probable naturaleza pitiática. El 22 de junio de 1915, conmocionada durante la guerra por el estallido de un obús que al caer sobre la casa vecina destruyó su propia casa, mientras que ella, por su parte, recibió algunas heridas superficiales, la enferma constituyó progresivamente desde esa época un síndrome motor cuya más notable manifestación se aprecia actualmente durante el andar.

De hecho, la paciente parte hacia atrás caminando de puntillas, con pasos lentos al principio y apresurados después. A intervalos regulares, interrumpe este andar mediante algunos giros completos sobre sí misma ejecutados en sentido contrario al de las agujas del reloj, o sea, de derecha a izquierda. Volveremos sobre los detalles de este andar que no va acompañado, digámoslo desde ya, de ningún signo neurológico de organicidad.

La historia de la enferma es difícil de establecer debido a la verborrea inagotable y desordenada con que la enferma al parecer intenta abrumar al médico desde el inicio del interrogatorio:

1. Firmas: doctores Trénel y Jacques É.-L. Lacan.

quejas dramáticas, interpretaciones patogénicas (ella tuvo “un colapso de todo el lado izquierdo en el coxis”, etcétera), historia en la cual las fechas se entremezclan en el mayor desorden.

No obstante, es posible despejar los siguientes hechos.

El 22 de junio de 1915, en Saint-Pol-sur-Mer, un obús de 380 destruyó tres casas, incluida la suya. Cuando la sacan, tiene la pierna izquierda metida en el piso derrumbado. Ella describe con complacencia la posición extraordinariamente contorsionada en la que la sacudida la habría dejado. La llevan al hospital Saint-Paul de Béthune, donde se constatan heridas de esquirlas, heridas superficiales en el cuero cabelludo, la nariz, la pared costal derecha y la región de fosa supraespinal derecha.

Las secuelas motrices de orden conmocional debieron de ser entonces evidentes, ya que en todos los relatos ella insiste en las palabras del comandante, que le decía: “Manténgase bien erguida, usted se mantendrá erguida, usted está erguida, permanezca erguida”; así se iniciaba en ese momento una psicoterapia que probaría ser inútil, que ni siquiera le brindó su educación nosocomial.

De allí, tras breves estancias en varios hospitales de la región, llega a París en agosto de 1915; sólo la herida en la espalda permanece sin cerrar y supura. Es imposible saber por ella con exactitud cuándo se cerró esta herida; a más tardar en septiembre, al parecer. Pero a partir de este periodo ella camina de puntillas con una actitud de pseudocontractura; camina hacia delante; le duele la espalda, pero se mantiene erguida. Pretende haber tenido una parálisis del brazo derecho, el cual estaba entonces tan hinchado como ahora.

En los años siguientes, su historia está formada por la larga serie de hospitales, de médicos que va a consultar, de residencias para convalecientes donde se aloja, y luego, a partir de mayo de 1920, de interminables enredos con los centros de rehabilitación

(con los cuales permanece en desacuerdo). Fue sucesivamente a la Salpêtrière, a Laennec, a un dispensario estadounidense, a Saint-Louis, donde le practican escarificaciones en la región cervical –escarificaciones que parecen haber favorecido la salida de esquirlas de hierro y de hilachas de tela. Luego entra como camarera en la residencia del duque de Choiseul, lugar que pronto se ve obligada a abandonar debido a crisis de aspecto claramente pitiático y a la evidente extravagancia de su andar.

Éste, por cierto, cambia de aspecto varias veces: un andar que la paciente llama “en bote”, con pequeños pasos; luego un andar análogo al de los niños que “levantan polvareda”; por último, un andar cruzando las piernas sucesivamente una delante de la otra. Entonces, en enero de 1923, ingresa a Laennec, de donde la sacan más rápido de lo que le habría convenido. En el momento mismo en que la obligan a dejar la cama contra su voluntad, comienza su andar hacia atrás.

En 1923, el doctor Souques la ve en la Salpêtrière. Parece que ya entonces el andar hacia atrás se complicó con giros primero parciales y luego completos. Se la trata con descargas eléctricas sin resultado alguno.

El doctor Lhermitte la observó en 1924, y esta observación que él tuvo la amabilidad de comunicarnos nos sirvió para controlar la historia de la enferma, que no ha variado en sus líneas principales por lo menos desde esa época.

A lo largo de este periodo, ella consultará a muchos médicos, adjudicando extrema importancia a todos sus pasos. Una vez que un sinvergüenza la empujó en la calle, ella tuvo un “colapso del tórax”; más adelante, empujada por un agente, permaneció dos días “con el ojo izquierdo abierto sin poder cerrarlo”, etcétera.

En el servicio del doctor Lhermitte, la enferma caminaba hacia atrás, sin girar sobre sí misma, excepto por la noche para volver a

su cama. Este andar volteando ha reaparecido cuando *en mayo* de 1927 ella ingresa a Sainte-Anne, debido a trastornos mentales que se manifestaron desde febrero de 1927: alucinaciones auditivas; ondas que le traen reproches acerca de lo que hace de su vida; “incluso hizo taponar sus chimeneas para impedir que esas ondas penetren”, “la dejaron embarazada, sin que ella lo sepa, de dos fetos muertos; quien le enviaba esas ondas es un médico”, escribió al general comandante [del Hôtel] des Invalides, y amenazaba con prender fuego a su casa.

Este delirio alucinatorio polimorfo con alucinaciones auditivas y de la sensibilidad general se atenúa durante su estancia en nuestro servicio.

Síntomas motores. – La enferma practica la marcha que hemos descrito, marcha hacia atrás complicada con giros completos sobre sí misma. Estos giros se espacian cuando la enferma tiene que recorrer distancias suficientemente largas. Por el contrario, los multiplica cuando se desplaza en un espacio estrecho, desde la silla de examen hasta la cama donde le piden que se acueste, por ejemplo. Declara que este andar le resulta indispensable para mantenerse erguida, y, si queremos convencerla de que camine hacia delante, ella adquiere una posición rara, la cabeza hundida entre los hombros, el hombro derecho más alto que el izquierdo, además llora y gime diciendo que todo “se colapsa en su tórax”. Luego avanza penosamente con el pie vuelto hacia dentro, posando su pie demasiado adelante, cruzando sus piernas, y luego, cuando ya no se la observa, reanuda su marcha rápida con pequeños pasos apresurados, de puntillas, hacia atrás.

Si insistimos y, tomándola de las manos, intentamos que camine hacia delante, se dobla en dos, logrando una actitud que recuerda a la camptocormia, luego se deja caer al suelo o incluso se desploma –acto que va acompañado de protestas a veces muy airadas y quejas dolorosas.

Una cuidadora nos dijo que la había visto, mientras creía estar sola y no observada, recorrer normalmente varios metros de distancia.

Ausencia de cualquier síntoma de la serie cerebelosa.

No hay ninguna prominencia ni deformación de la columna vertebral.

Ninguna atrofia muscular aparente de los músculos, de la nuca, de la espalda, de la región lumbar, de los miembros superiores o de los inferiores. Ninguna contractura ni hipotonía segmentaria en los movimientos de los miembros o de la cabeza. La disminución de la fuerza muscular en los movimientos activos, que puede constatarse en los miembros superiores –en el acto de estrechar la mano, por ejemplo–, es tan excesiva (acompañada, además, de dolores subjetivos en la región interescapular) que se la juzga pitiática, si no es voluntaria.

Examen de los tegumentos. – Podemos constatar en el nivel del ángulo externo del omóplato derecho una cicatriz estrellada, irregular, del tamaño de una moneda de 2 francos,² que forma una depresión adherente. En la base del hemitórax derecho sobre la línea axilar, una cicatriz lineal ligeramente queloide de unos 6 cm de largo. A la altura de la aleta izquierda y del lóbulo de la nariz, una cicatriz bastante profunda. Por último, en la región frontoparietal del cuero cabelludo, casi en la línea media, una cicatriz lineal azulada, de 3 ½ cm de largo, ligeramente adherida en profundidad.

Finalmente, observamos en las dos zonas preprotóideas, en el borde posterior de los maseteros, por delante del lóbulo de la oreja, dos masas induradas, la de la derecha más pequeña y no adherida a la piel bajo la cual rueda, la de la izquierda más volu-

2. De casi 3 cm de diámetro. [T.]

minosa y adherida a la piel en el nivel de una pequeña cicatriz estrellada que la enferma relaciona con las escarificaciones que le hicieron en Saint-Louis en 1921.

Un *edema local* puede fácilmente constatarse, a la vista y a la palpación, en el nivel del antebrazo derecho, que parece netamente aumentado de volumen en comparación con el del lado opuesto. Edema duro, el tejido subdérmico aparece más grueso a la palpación, la piel no está modificada en delgadez, ni cianosis ni alteraciones térmicas. La medición, efectuada en el nivel del tercio superior del antebrazo, da 28 cm de circunferencia a la derecha, 24 a la izquierda. Este edema estrictamente local, *que no se extiende ni al brazo ni a la mano*, ya había sido constatado por el doctor Souques.

Sensibilidad. – La enferma se queja de intensos dolores subjetivos en la región cervical posterior y en la región interescapular. El más mínimo roce en la región que va desde la última cervical hasta la 5ª dorsal provoca en ella gritos, vehementes protestas y una resistencia al examen.

El examen de la sensibilidad objetiva (táctil y térmica) no muestra en ella ninguna alteración, salvo hipoestесias absolutamente caprichosas que varían en cada examen. El doctor Lhermitte había señalado: analgesia completa de todo el tegumento. La noción de posición es normal.

Reflejos. – Los reflejos tendinosos, rotulianos y de Aquiles son normales. El tricipital es débil. Los estilo-radiales y los cúbito-radio-pronadores son vivos.

Reflejos cutáneos plantares: normal a la derecha, extremadamente débil a la izquierda, normales en flexión. Reflejos cutáneos abdominales normales.

Los reflejos pupilares a la acomodación y a la distancia son normales. Ninguna otra alteración sensorial.

Examen laberíntico. – Llegamos al examen laberíntico.

El doctor Halphen tuvo la amabilidad de realizar este examen. Constató:

Prueba de Barany: Al cabo de 35 s, nistagmo clásico cuyo sentido varía con la posición de la cabeza.

Prueba rotatoria: (10 vueltas en 20 s). La enferma se desploma sin que podamos sostenerla, lanzando gritos, y no podemos volver a ponerla de pie.

Esta hiperreflexia no se ve más que en *pitiáticos* (o ciertos centros cerebrales sin lesiones). Además, al recomenzar la prueba no pudimos obtener reflejo nistagmo (5 a 11 s como máximo en lugar de 40 s).

Esta disociación entre la prueba rotatoria y la prueba calórica no puede explicarse.

Después de la rotación, la enferma pudo esbozar algunos pasos hacia delante.

Esta prueba no pudo repetirse debido a las excesivas manifestaciones a que daba lugar por parte de la enferma.

Lo mismo ocurrió con la prueba galvánica que el doctor Baruk tuvo la amabilidad de realizar. Sin embargo, a pesar de las dificultades del examen, él notó una reacción normal (inclinación de la cabeza hacia el polo positivo a 3 ½ amperios) acompañada de las sensaciones habituales, pero sumamente exageradas por la enferma, que se deja resbalar hasta el suelo.

De hecho, todos los exámenes físicos o intentos terapéuticos son acompañados por manifestaciones excesivas, enérgicas protestas y tentativas de eludir el examen; tanto es así que hasta el mero examen del reflejo rotuliano lleva a la paciente a afirmar que da lugar a una hinchazón de la rodilla.

Huelga decir que ni se planteó una punción lumbar que inevitablemente habría dado base material para nuevas protestas.

La radiografía de cráneo realizada por el doctor Morel-Kahn es negativa.

Nada puede dar mejor idea del estado mental de la enferma que la carta que escribió en 1924 a uno de los médicos que la había observado.

Señor doctor,

La señorita que avanza hacia atrás le presenta sus respetos y se disculpa por no haberle enviado sus novedades.

En septiembre fui a Bretaña (Morbihan), el aire y el sol me hicieron mucho bien, pero 24 días no fueron suficientes para mí, habiéndose repetido³ todos esos movimientos nerviosos de bombardeos, desplazamiento de aire y de imposible equilibrio, desde fines de junio de 1923.

Ya no me atrevo a salir sola, ya no tengo fuerzas y bajo la cabeza retrocediendo. El movimiento de la pierna derecha, como antes de las brutalidades padecidas en la calle el debilitamiento de la parte izquierda, me hace estirar la pierna izquierda muy derecha; cruzo avanzando hacia atrás por un momento, y un día llegué a los tres pisos con el talón izquierdo en el aire, manteniendo ese andar peligroso, imposible de soltar porque se rompería, con la punta del pie. Me tumbé varias veces en el fondo de auto o de taxis. Salgo lo menos posible en estas condiciones, pero la cabeza necesitaría mucho aire.

El doctor X..., abogado de la Corte de Apelaciones, se encargará de defenderme ante el Tribunal de Pensiones hacia principios del próximo mes. Es muy lejano, y estoy muy debilitada por esos golpes y brutalidades, movimientos que yo no habría repetido más, e interiormente quebrado lo poco que me mantenía bien erguida. Con el tórax aún sostenido por un paño, me doblo por completo hacia delante, sin por ello caminar girada hacia el corazón y alrededor de la cabeza, así que no pruebo más, es empírico. Mientras muevo la cabeza, quedo con la boca abierta, además de contracción, si olvido permanecer erguida.

3. *Refait arrière*, literalmente “repetido hacia atrás”. [T.]

ABASIA EN UNA MUJER CON TRAUMA DE GUERRA

Si pudiera estar tranquila al aire libre, salvo el frío, estos inconvenientes que se me habían ido tal vez cesarían. Yo había pedido auxilio después del desplazamiento del aire, a la espera de las quejas de mi padre. Para terminar los nervios se retiran, los demás no funciona y ni modo de apoyarse en los talones. Yo habría ido, señor doctor, a presentarle mis respetos al igual que al señor profesor, pero tengo tantas dificultades. Reciba mis mejores deseos.

DOCTOR SOUQUES: – Reconozco bien a la curiosa paciente del doctor Trénel. La he observado en la Salpêtrière en 1923, en el mes de enero, junto con mi interno, Jacques de Massary. Ella presentaba en esa época los mismos trastornos que hoy: un andar extravagante y un edema del miembro superior derecho.

Caminaba pisando unas veces con la punta de los pies, otras veces con el borde, bamboleándose. En ocasiones andaba hacia atrás, giraba sobre sí misma, etcétera. Por lo que dice, el andar de puntillas respondía al dolor de los talones y el andar de pato al dolor de espalda (donde había cicatrices de heridas). Pero es claro que las otras actitudes del andar no tenían nada de antiálgico.

En cuanto al edema del miembro superior derecho, estaba limitado a la parte inferior del brazo y al antebrazo, la mano permanecía intacta. Era blanco y suave. Ella lo atribuía al hecho de haber sido arrojada con violencia “como un felpudo” contra la pared. El singular carácter segmentario de este edema nos hizo pensar en la simulación, pero no encontramos rastros de estenosis o de compresión en la extremidad.

En esa época, la enferma no presentaba ideas de reivindicación. El diagnóstico dado fue: *Sinistrosis*.

DOCTOR G. ROUSSY: –Al igual que el doctor Souques, reconozco a esta enferma que examiné largamente en 1923, en mi servicio del hospital Paul-Brousse, junto a mi amigo Lhermitte. En ese momento la habíamos considerado un tipo clásico de psiconeuro-

sis de guerra, con sus manifestaciones grotescas y burlescas, desplegada sobre un fondo de debilidad mental. Además, la enferma se paseaba con carnet de pensionada de guerra y no ocultaba su intención de hacer aumentar el porcentaje de su pensión. Entonces propusimos a la enferma internarla con miras a un examen prolongado y un tratamiento psicoterapéutico; pero 48 horas después de su ingreso al servicio, e incluso antes de que comenzara el tratamiento, la enferma dejó el hospital sin hacer que le firmen sus papeles.

He aquí un pequeño hecho que confirma la opinión de los doctores Trénel y Lacan, y que subraya bien el peculiar estado mental de esta enferma similar al de aquellos de los cuales tantos ejemplos hemos visto durante la guerra.