

Los misterios de la histeria

J. Bogousslavsky

Neurocentre, Genolier Swiss Medical Network, Suiza.

Presentado parcialmente en la conferencia plenaria en honor a Pío del Río-Hortega. LXV Reunión Anual de la Sociedad Española de Neurología, noviembre de 2013.

RESUMEN

Jean-Martin Charcot comenzó su trabajo sobre histeria alrededor de 1870 y no lo abandonó hasta su muerte en 1893. Fue Désiré Bournville quien, durante su estancia como interno en su departamento, despertó su interés por la histeria. Pero sería el artículo sobre sonambulismo escrito por Charles Richet en 1875 el que consiguiera que indagara en el hipnotismo. Posteriormente, sus colaboradores Paul Richer, Georges Gilles de la Tourette, Paul Sollier, Joseph Babinski, Sigmund Freud y Pierre Janet lograron un renombre aún mayor en la investigación de la histeria. En 1908, una 'disputa por la histeria' enfrentó a varios de los discípulos de Charcot. Se consideró como vencedor frente al primer sucesor de Charcot, Fulgence Raymond, a Babinski, quien había desarrollado el concepto de 'pitiatismo'. Entre 1914 y 1918, se produjo una oleada de interés en la histeria asociada a la psiconeurosis de guerra y el discípulo de Babinski, Clovis Vincent, desarrolló una terapia que recibió el nombre de *torpillage* (faradización) para el tratamiento de la histeria de guerra, combinando dolorosas descargas de corriente galvánica con 'persuasión'. Tras la I Guerra Mundial, el interés neurológico y psiquiátrico en la histeria desapareció de nuevo, ante un renovado interés con el cambio de siglo. A diferencia de la opinión general, la modernidad de varios de los conceptos de Charcot relacionados con la histeria sigue siendo sorprendente hoy en día, por: 1) su teoría traumática, que comprendía determinados factores sexuales y otros psicológicos mucho antes de que Freud entrara en escena; 2) su evolución personal hacia el rol de los factores emocionales, que despejó el camino para Janet y Freud; 3) su afirmación de que existen tanto diferencias como similitudes específicas en los estados mentales como la hipnosis, la histeria y la simulación, recientemente confirmada mediante estudios de imagen funcional; y 4) su teoría de la 'lesión dinámica', que en la actualidad se correspondería fácilmente con mecanismos neurofisiológicos de reciente descripción.

PALABRAS CLAVE

Salpêtrière, J. M. Charcot, H. Bernheim, P. Janet, S. Freud, J. Babinski, hipnotismo, histeria, pitiatismo, *shell-shock*, simulación, *torpillage*

La histeria es uno de los grandes misterios de la medicina. Los conceptos actuales de esta enfermedad se desarrollaron a partir de finales del siglo XVIII, en la época de Franz Mesmer (1734-1815) y su alumno, el general de artillería Jacques de Chastenot, marqués de Puységur (1751-1825), y el Abate José Custodio de Faria (1756-1819)¹. Mientras Mesmer y Puységur desarrollaban el concepto de un fluido magnético que conducía a estados de sonambulismo (mesmerización), Faria negaba

la existencia de este y de la magnetización (magnetismo animal), pero destacaba un fenómeno de 'sueño despierto' y de una concentración mental especial tras el hipnotismo. Las crisis de éxtasis y 'posesión', con o sin estados hipnóticos provocados, habían sido asociadas con la histeria desde los tiempos de Galeno e Hipócrates, pero no fue hasta la segunda mitad del siglo XIX cuando se produjo el particular desarrollo de las nuevas ideas sobre la histeria, el sonambulismo y el hipnotismo.

El trasfondo histórico

El uso del término 'histérico' (del griego, útero) para describir crisis específicas de la mujeres se remonta al siglo XVI, pero hubo que esperar varias décadas para que apareciera el término 'histeria'. Mientras que la relación entre la histeria y el cerebro (más que el útero) ya había sido mencionada por Charles Lepois (1563-1633), Thomas Willis (1621-1675), Thomas Sydenham (1624-1689) y Pierre Pomme (1728-1814)², la aceptación de la misma no llegó hasta el siglo XIX, junto con el concepto de histeria en los hombres.

Jean-Martin Charcot (1825-1893) comenzó a interesarse por la histeria principalmente a partir de 1870, posiblemente bajo la influencia de su colaborador Désiré Bourneville (1840-1909)³. Resulta interesante que Bourneville fuera el único entre los internos de Charcot que tenía conocimientos sobre alienismo, mientras que el mismo Charcot no tenía conexión alguna con este, habiendo comenzado su trabajo clínico y científico en el campo de la *clinique médicale*, la predecesora de la medicina interna. Charcot publicó sus primeros artículos sobre histeria entre 1871 y 1872 y versaban sobre la iscuria, hemianestesia y las contracturas⁴. Es probable que los acontecimientos militares de la Comuna y del Sitio de París, con casos de histeria entre los combatientes, estimularan su interés. Otro de los desencadenantes fue el desmantelamiento del servicio de Delasiauve en La Salpêtrière en 1870, ocho años después de su llegada al hospital. En realidad, debido a las obras en el edificio, los pacientes de ese servicio que no se consideraban dementes fueron transferidos, junto con el interno de Delasiauve, Bourneville, al servicio de Charcot⁵. Se trataba básicamente de mujeres con histeria y epilepsia, enfermedades que en aquel tiempo despertaban poco interés entre los alienistas, que se centraban principalmente en lo que hoy en día se denomina psicosis.

Justo antes de la época en la que Charcot comenzó a interesarse por la histeria, los alienistas hablaban de la *folie hystérique* o *manie hystérique* (locura histérica). Antes que ellos, Philippe Pinel (1745-1826), considerado el padre de la psiquiatría del siglo XIX, había mencionado brevemente la histeria⁶, y durante la primera parte de dicho siglo, médicos como Loyer-Villermay, Foville o Romberg aún seguían defendiendo la teoría uterina. Étienne Georget (1795-1828), quien a pesar de fallecer a los 33 años fuera el precursor de varios campos del alienismo, destacó claramente el papel del cerebro en la histeria en su artículo del *Dictionnaire de Médecine* (1824)⁶. En él sugiere términos

como *attaques des nerfs* (ataques de nervios) o *encéphalite spasmodique* (encefalitis espasmódica), antes de que Jean-Louis Brachet (1789-1858) en 1847 y Paul Briquet (1796-1881) en 1859 publicaran sus tratados específicos sobre histeria descartando la teoría uterina^{7,8}.

Cuando Charcot se hubo interesado por la histeria ya había estudiado varias enfermedades neurológicas, como la esclerosis múltiple, la enfermedad de Parkinson o el ictus. Había comenzado su trabajo como jefe de servicio en La Salpêtrière en 1862 y Bourneville, quien acrecentaba su interés por las mujeres histéricas, era solo su tercer interno, tras Victor Cornil y Charles Bouchard. No existía una escuela como tal en torno a su figura, y fue el estudio de la histeria lo que realmente provocó esta concentración de estudiosos en el transcurso de una década⁹. Dada la ausencia de un signo orgánico identificable, los médicos internistas de La Salpêtrière de la época posiblemente estuvieran de acuerdo con que Charcot se hiciera cargo de la enfermedad por la que los alienistas habían mostrado tan poco interés. Charcot literalmente se ocupó de una tierra de nadie, a cuyo abordaje se unieron numerosos *internes, chefs de clinique* y colegas que más tarde se convertirían en figuras ilustres de la neurología y la psiquiatría. Entre ellos se encontraban: Alix Joffroy, Fulgence Raymond, Albert Pitres, Paul Richer y Édouard Brissaud en la década de 1870, seguidos por Gilbert Ballet, Charles Féré, Pierre Marie, Georges Gilles de la Tourette, Sigmund Freud, Pierre Janet y Joseph Babinski.

La histeria para Charcot y sus colaboradores

Las ideas y conceptos de Charcot sobre la histeria evolucionaron significativamente durante los veinte años en los que se mantuvo activo en este campo. Tras sus primeras publicaciones sobre este tema a principios de la década de 1870, Charcot supervisó la publicación de Bourneville y Regnard dedicada a la histeria en *Iconographie Photographique de la Salpêtrière* (1876-1877)¹⁰. En ella detallaron casos espectaculares de histeria, junto con una completa colección de ilustraciones y fotografías. En esta obra, así como en otros informes, Charcot y sus colaboradores describieron las principales características de los ataques 'histero-epilépticos' (incluida la forma 'demoníaca') y otras manifestaciones clínicas, a menudo subrayando el carácter sexual de los ahora famosos casos de Geneviève, Rosalie o Justine¹¹.

Los conceptos elaborados por Charcot en sus primeros estudios sobre la histeria fueron resumidos principal-

mente por Paul Richer (1849-1933) en sus estudios sobre la histero-epilepsia (*Études cliniques sur l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie*, 1881)¹², mientras que Georges Gilles de la Tourette (1857-1904), quizás el alumno más fiel de Charcot, publicó su tratado sobre histeria en tres volúmenes (*Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie d'après l'enseignement de la Salpêtrière*)¹³ entre 1891 y 1895. En resumen, Charcot en un principio incidió en dos tipos de manifestaciones clínicas: primero los estigmas, que consistían en manifestaciones crónicas que comprendían la visión de túnel, la hemianestesia o la parálisis, entre otros, y en segundo lugar, las crisis paroxísticas, siendo el evento más espectacular el 'gran ataque histérico' (*grande crise d'hystérie convulsive*), con sus cuatro fases sucesivas (periodo epileptoideo, contorsiones, actitudes pasionales, que incluían el famoso *arc-de-cercle* y el delirio terminal). En su primera teoría de la histeria, Charcot indicaba la necesidad de la presencia de estigmas para el diagnóstico, una afirmación que posteriormente sería criticada tras la muerte de Charcot por dos de sus discípulos, Freud y Babinski, mientras que otro de sus estudiantes, Gilles de la Tourette, siempre defendió el concepto inicial de su mentor. Ante la ausencia de una lesión cerebral orgánica detectable, Charcot desarrolló el concepto de 'lesión dinámica', en particular a nivel de la corteza motora en el caso de la parálisis. De hecho, este concepto no era nuevo del todo, ya que ya había sido propuesto en 1859 por Briquet⁸ en base a su experiencia de diez años con pacientes en La Charité.

Charcot definió la histeria como manifestaciones que tomaban la apariencia de una enfermedad cerebral orgánica, pero sin que existiera lesión apreciable en el cerebro. De hecho, básicamente repetía la definición de Charles Lasègue de 1864:

De forma provisional, podríamos denominar la histeria como un conjunto de manifestaciones nerviosas, que se desarrollan principalmente en mujeres jóvenes, y de forma excepcional en hombres también jóvenes, y que no se corresponden con una lesión conocida de los centros nerviosos¹⁴.

De primeras, Charcot no mencionó el tema de los factores psicológicos, aunque el gran alienista Bénédic Morel ya lo había hecho varios años antes, y algunos contemporáneos aunque ligeramente anteriores a Charcot, como Charles Lasègue y Jules Falret habían vuelto a incidir en ellos antes de 1880². Sin embargo, a principios de la década de 1880, Charcot subrayó los 'factores traumáticos' en el trasfondo de la histeria, especialmente con determinados

traumatismos físicos o emocionales (incluidos los sexuales)¹². Igualmente definió dos nuevos conceptos, una fase de 'incubación', que era necesaria para que los síntomas se produjesen durante un proceso de 'elaboración', que explicaba la habitualmente prolongada latencia entre el trauma y las manifestaciones clínicas.

Fue en el estudio de los factores traumáticos que en ocasiones se escondían tras la histeria donde Charcot describió casos de histeria en hombres^{12,13}. Poco antes, se había dejado fascinar por la hipnosis, posiblemente después de haber leído el artículo de Charles Richet de 1875 sobre el sonambulismo provocado¹⁵. Una de sus innovaciones consistió en el avance en el uso de la hipnosis en las histéricas en 1878, siguiendo a Dumont-Pallier, quien contaba con experiencia importante en La Salpêtrière. De hecho, Charcot y sus seguidores más cercanos (Richer, Gilles de la Tourette) consideraban que la susceptibilidad a la hipnosis era una característica, incluso un rasgo diagnóstico, de la histeria, y que las fases de *grande hystérie* se correspondían con un estado mental idéntico al del hipnotismo¹³. Charcot y su escuela distinguieron dos tipos principales de histeria, la *grande* y *petite hystérie*, siendo la primera típicamente asociada a la susceptibilidad al hipnotismo.

Para Charcot y sus seguidores, la susceptibilidad al hipnotismo siempre supuso anormalidad, una afirmación criticada con dureza por Hippolyte Bernheim (1840-1919) y otros colegas de Nancy (llamados por el propio Charcot la 'escuela de Nancy') quienes negaban la histeria como una entidad específica y afirmaban que prácticamente cualquiera podía ser hipnotizado en circunstancias propicias¹⁶. No era la primera vez que se desafiaban las teorías de Charcot sobre la histeria, y William Gowers ya se erigía como uno de los principales oponentes de Charcot en Inglaterra (principalmente en la histeria convulsiva) en los ambientes más científicos de los congresos médicos y en las publicaciones especializadas¹⁷. Por otro lado, la trifulca entre Charcot y Bernheim trascendió a la prensa y el asunto se convirtió en tema de debate popular. Los espectáculos públicos de hipnosis de Bernheim, que claramente iban más allá de sus propósitos médicos y que se celebraban fuera de las instalaciones del hospital, se convirtieron en lo opuesto a los otros espectáculos de Charcot y sus discípulos en el entorno más privado del laboratorio de La Salpêtrière². Las sesiones de Charcot fueron criticadas por Bernheim por haber creado una 'cultura de la histeria' que solo representaba el ambiente del momento de La Salpêtrière y que no tenía relación alguna con

ninguna alteración mental (para él, las mujeres hipnotizadas solo reproducían manifestaciones que ya habían visto con anterioridad para así contentar a los hipnotizadores). No es tan remota por tanto la cuestión de una posible simulación y debe recalcar que mientras Charcot enfatizaba la ausencia de una lesión orgánica en la historia, siempre consideró que la historia era totalmente diferente a la simulación. Resulta curioso que Bernheim insistiera en que la ‘sugestión’ era fundamental en el hipnotismo, un concepto que constituiría las bases del discípulo favorito de Charcot, Joseph Babinski, quince años más tarde, cuando desarrolló su revisión de la historia e introdujo el término de ‘pitiatismo’¹⁸.

La trifulca entre La Salpêtrière y la escuela de Nancy no era solo teórica, sino que constituía la base de las pasionales luchas celebradas en el contexto de las demandas legales, que llegaron a ser muy populares. El más famoso de estos juicios fue el de Gabrielle Bompard y Michel Eyraud en el caso del baúl de Gouffé³. La principal pugna giraba en torno a la posibilidad de perpetrar crímenes bajo hipnosis. Representantes de La Salpêtrière negaron dicha posibilidad, mientras que Bernheim y sus colegas afirmaban que esto era claramente posible. El cuerpo del alguacil Gouffé había sido encontrado cerca de Lyon, y se demostró que había sido transportado en un baúl desde París, dónde había tenido lugar su asesinato. Dicho baúl había sido encargado y comprado en Londres por Gabrielle Bompard unos días antes. Ella había seducido a Gouffé y le había llevado a su apartamento, donde Michel Eyraud, escondido tras una cortina, lo ahorcó usando un sofisticado dispositivo que Gabrielle había conectado al cinturón de su vestido una vez que lo había colocado alrededor del cuello de Gouffé como si de un juego durante los preliminares sexuales se tratara.

La cuestión que se planteaba era si Eyraud pudiera haber hipnotizado a Gabrielle y si sus acciones criminales pudieran haberse realizado bajo un segundo estado de sonambulismo. Bernheim apoyó ese punto de vista, pero fue incapaz de defenderlo en el juicio ya que se encontraba con una pierna rota, por lo que su colega Jules Liégeois, un profesor de derecho de Nancy, le sustituyó y usó como argumento sus propios experimentos con asesinatos ficticios realizados bajo hipnosis¹⁹. Sin embargo, fue ridiculizado en cierto modo por los expertos parisinos Paul Brouardel, Gilbert Ballet y Auguste Motet, quienes estaban claramente de parte de Charcot. La escuela de La Salpêtrière mantenía que no podían cometerse crímenes bajo hipnosis, con excepción de la violación durante la primera

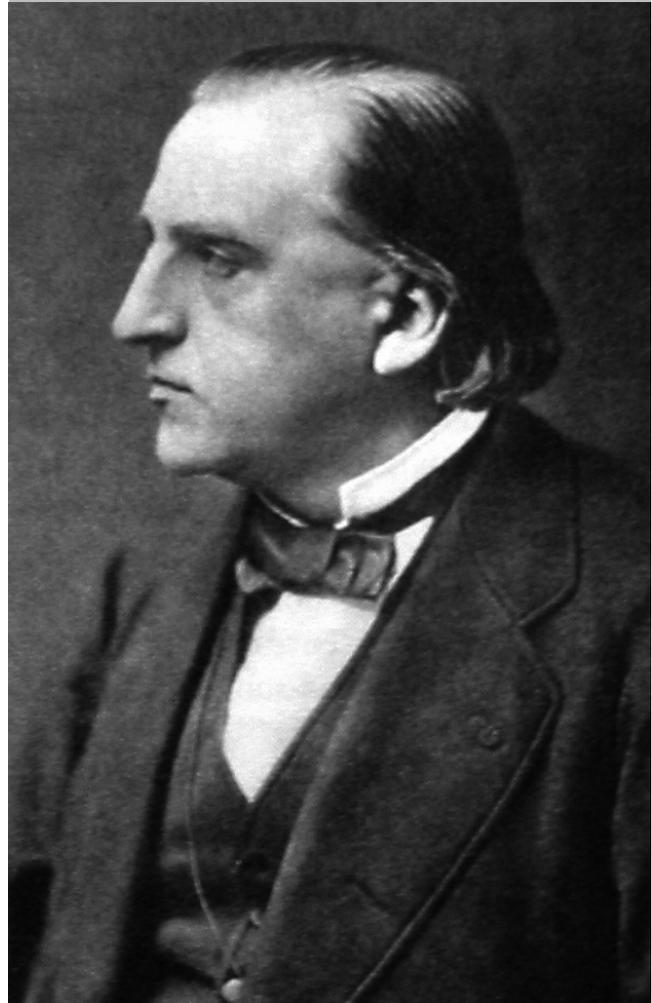


Figura 1. Jean-Martin Charcot (1825-1893)

fase de la hipnosis (letargo), mientras que las actividades motoras de la segunda (catalepsia) y la tercera (sonambulismo) hacían que fuera imposible perpetrarlos (pero en este sentido, el sujeto hipnotizado sería la víctima, no el criminal)³. Por último, se descartó la hipótesis de la hipnosis y Gabrielle Bompard fue sentenciada a veinte años, eludiendo la pena de muerte, ya que se consideró que padecía inmadurez afectiva, mientras que Eyraud fue decapitado. En aquella ocasión, Gilles de la Tourette escribió un famoso epílogo, proclamando la victoria de las teorías de Charcot sobre la escuela de Nancy²⁰. Sin embargo, parece que Charcot no quedó particularmente satisfecho, ya que tenía la impresión de que los conceptos de historia e hipnotismo podrían verse dañados a largo plazo por la polémica

mica²¹. De hecho, esta disputa en el contexto de estas demandas resulta llamativa hoy en día, ya que Gilles de la Tourette había realizado varios experimentos de falsos homicidios bajo hipnosis en el laboratorio de Charcot, incluido el espectacular ‘envenenamiento’ por parte de Blanche Wittmann, la conocida paciente histérica de Charcot que aparece desmayada en los brazos de Babinski durante la lección de Charcot en el famoso cuadro de Brouillet de 1887 *Une leçon à la Salpêtrière*, y el ‘disparo’ a un interno por otro paciente, en la atmósfera desconcertadamente sexual de Charcot. Este caso fue descrito en detalle en el libro de 1887 de Gilles de la Tourette²², que está dedicado a Charcot y Brouardel, quienes escribieron sus dos prefacios. Sin embargo, Gilles de la Tourette mantiene que dichos ‘crímenes’ solo podrían tener lugar en el entorno de un laboratorio, y que no eran posibles en la vida real aunque sin poder explicar el por qué.

Gilles de la Tourette y sus colaboradores introdujeron los términos de *grand hypnotisme* (en histéricas) y *petit hypnotisme* (en gente ‘normal’)²², en línea con la distinción entre *grande hystérie* y *petite hystérie*, que había formulado Charcot. Se decía que las histéricas eran capaces de desarrollar *grand hypnotisme* por ellas mismas, alcanzando un *état second* (segundo estado) con fugas y una nueva doble personalidad que surgía de vez en cuando. Durante la segunda mitad del siglo XIX se registraron numerosos casos famosos, entre los que se incluyen los de Félicité X (fugas con cambios abruptos de personalidad), cuyo seguimiento durante años estuvo a cargo de Eugène Azam²³, el *sergent de Bazeilles* (un caso de neurosis de guerra con ráfagas de recuerdos involuntarios) registrado por Ernest Mesnet²⁴, el caso de Émile X (división de la consciencia con automatismos ambulatorios en un joven abogado) registrado por Adrien Proust (padre de Marcel Proust)²⁵; o el caso de Mademoiselle Smith (sonambulismo intermitente con glosolalia ‘marciana’) estudiado por Théodore Flournoy en Ginebra.

A pesar de sus divergencias con La Salpêtrière, Bernheim y la escuela de Nancy conservaron su relevancia, y en 1888 Freud realizó su propia traducción de la obra de Bernheim sobre la sugestión²⁶, un par de años después de que hubiera traducido uno de los libros de Charcot²⁷. Bernheim pensaba que el estado hipnótico se correspondía exactamente con una forma de sueño producido mediante sugestión y que de ninguna forma se trataba de un estado específico de la histeria¹⁶. Había estado bajo la influencia de *Neurypnology* de James Braid (1843) y de Ambroise Auguste Liébaux, un médico general que había fundado

una popular consulta independiente de hipnosis para tratar a sus pacientes allá por 1850 y a quien Bernheim visitó en 1882. Tras la muerte de Charcot, resulta llamativo que sus dos estudiantes más brillantes en histeria e hipnotismo, Babinski y Freud, se distanciaran progresivamente de su mentor y se acercaran a las teorías de Bernheim, especialmente sobre el papel fundamental de la sugestión. Bernheim también desarrolló un concepto terapéutico de sugestión sin hipnosis, que llamó ‘psicoterapia’, aunque el término se remontaba a Van Eeden en 1895²⁸.

Otra consecuencia de estos eventos fue el avance del hipnotismo hacia la escena pública, mucho más allá de los círculos médicos, como había sido el caso de las décadas que siguieron a las experiencias de Mesmer y Puységur casi un siglo antes. El mismo Gilles de la Tourette criticaba con insistencia la presencia generalizada de hipnotizadores fuera de las consultas médicas del país¹³, aunque los experimentos realizados en La Salpêtrière bajo el mando de Charcot y él mismo eran claramente en parte responsables de este entusiasmo en el público general, después de que varios escritores famosos de la época (Jules Claretie, Guy de Maupassant, Edmond de Goncourt, Paul Arène) reflejaran en sus novelas lo que habían visto en vivo durante los espectáculos de hipnosis en el laboratorio de Charcot²⁹. Incluso se dieron casos extremos en el entorno médico, siendo un ejemplo famoso las últimas actividades del colega de Charcot en La Pitié, Jules-Bernard Luys (1828-1897), quien desarrolló teorías y experimentos sobre hipnotismo en la distancia o en relación a olores específicos, en un entorno teatralizado organizado por su jefe de laboratorio Gérard Encausse, también conocido en círculos esotéricos como *Papus*, quien solía llevar atuendos orientales durante el día después de su trabajo como médico y celebraba ceremonias ocultistas secretas durante la noche³⁰. Parece que Luys no era realmente consciente de que muchos de sus experimentos habían sido organizados por sus colaboradores y por los pacientes mismos, pero se trata también de una interesante muestra del nivel de credulidad de incluso los médicos de reconocido prestigio en este ámbito durante los años del *fin de siècle*.

Los últimos años de Charcot fueron de vital importancia para sus ideas sobre la histeria, y cabe mencionar que su repentina muerte en agosto de 1893 truncó los fascinantes avances en los conceptos de histeria, que en cierta manera, continuaron sus seguidores, entre ellos Sigmund Freud. De hecho, a diferencia de lo que afirmó en un principio, Charcot se convenció de la primordial importancia de los

factores psicológicos en la histeria. En primer lugar, subrayó la importancia de los traumas psicológicos anteriores y de los sueños en el desencadenamiento de manifestaciones histéricas, mientras también observó que las características histéricas podían acompañar a síntomas orgánicos de enfermedades orgánicas bien establecidas, como es la esclerosis múltiple^{12,13}. Charcot tenía la idea de reproducir parálisis histéricas bajo hipnosis mediante la mínima estimulación del recuerdo de un trauma físico anterior o su evocación en el paciente. Esto sirvió para demostrar que se trataba de la representación mental de un trauma anterior, y no del trauma en sí, el que era responsable de la manifestación clínica, un concepto que posteriormente dio lugar a las primeras teorías de Freud y Breuer sobre la histeria hipnoide, es decir, la reactivación de la memoria inconsciente de un evento psicológicamente traumático anterior².

En numerosos escritos, incluido el *La fe que cura*³¹ que apareció solo un año antes de su muerte, Charcot desarrolló el concepto de un estado mental en las histéricas favorable a la sugestión, asociado a tanto factores externos como a procesos psicológicos internos¹¹. De hecho, veinte años antes, Charcot ya había apoyado el concepto de un trasfondo individual especial que permitía que la histeria se desarrollara, que había sido denominado 'histericismo' por Chambon en 1784 y que Armand Trousseau más tarde llamó 'movilidad nerviosa'³². En su prefacio de la obra de 1891 de Gilles de la Tourette, Charcot subraya claramente el posible papel de los factores mentales en la histeria y en las palabras que introducen la tesis doctoral en medicina de Pierre Janet sobre los accidentes mentales de las histéricas³³ (presentada en la facultad de medicina en julio de 1893, tan solo unos días antes de la muerte de Charcot), también subraya la importancia de los procesos psicológicos, enfatizando igualmente el papel tan escasamente descrito de las emociones en obras anteriores sobre este tema. De hecho, es probable que los tardíos avances de Charcot en cuanto a los factores psicológicos importantes en la histeria se desarrollaran mediante la interacción recíproca con Pierre Janet, con quien había comenzado a trabajar en 1889. Según Georges Guillain, biógrafo de Charcot y su cuarto sucesor en La Salpêtrière³⁴, Georges Guinon, último secretario de Charcot, afirmó que poco antes de morir, su mentor le había reconocido que determinados de sus conceptos en histeria se habían convertido en obsoletos y que en ese momento existía la necesidad de una revisión completa sobre el tema. Charcot fue incapaz de avanzar más allá, pero este trabajo sería completado por sus discípulos y

seguidores, principalmente Pierre Janet, Joseph Babinski y Sigmund Freud.

Pierre Janet, el sucesor 'psicológico' de Charcot

Pierre Janet (1859-1947) comenzó sus estudios en filosofía y presentó su tesis doctoral sobre 'automatismo psicológico' en 1889³⁵, construyendo una famosa teoría, que se fundamentaba en conceptos anteriores de Jules Baillarger (1809-1890), uno de los alienistas y anatomistas del cerebro más destacables del siglo XIX⁹. El automatismo de Janet se convertiría con el tiempo en uno de los conceptos psicológicos más importantes para la psiquiatría de la primera mitad del siglo XX, desembocando en un 'automatismo mental' de las psicosis de Gaëtan Gatian de Clérambault³⁶. También sacó provecho del surrealismo, uno de los movimientos más innovadores de los años 20, con su desarrollo de la 'escritura automática', una técnica que de hecho ya había introducido Charles Richet². Poco después de doctorarse en filosofía, Janet comenzó sus estudios de medicina, trabajando en especial al servicio de Charcot en La Salpêtrière, donde su mentor creó para él un laboratorio psicológico experimental, que Janet pudo mantener tras la muerte de Charcot bajo la presidencia de Fulgence Raymond. Sin embargo, tuvo que trasladarse al servicio de Jean Nageotte después de que Jules Dejerine sucediera a Raymond en 1911. De hecho, a Charcot ya le era familiar el nombre de Pierre Janet en 1885, antes de que este último comenzara a estudiar medicina, cuando su tío el famoso filósofo Paul Janet presentó los primeros experimentos en hipnotismo de su sobrino (sobre los casos de Léonie, Marie, Rose y Lucie) en una sesión de la Société de Psychologie Philosophique, presidida por Charcot. Estos pacientes habían sido estudiados por Janet antes de que comenzara a estudiar medicina en 1889. Tras esto, consiguió examinar pacientes en La Salpêtrière, en especial el caso de Marcelle del servicio de Jules Falret, el caso de Justine del servicio de Jules Séglas y los casos de Achille y de Madame D del servicio de Charcot. Esta última paciente se trataba de un fascinante caso de amnesia anterógrada y retrógrada aguda que fue publicado tanto por Charcot como por Janet en 1892^{27,38}. Principalmente, Charcot describió las características clínicas del caso, hablando de 'amnesia dinámica', mientras que Janet relataba su tratamiento, que incluía el *analyse psychologique* y la hipnosis, cuyo éxito fue reconocido por Charcot en el volumen II de su *Clinique des maladies du système nerveux*³⁹, un año más tarde. El caso de Achille, un hombre de 33 años que creía que era el demonio, es también un buen ejemplo de la cercana colaboración de

Janet con Charcot, quien le había pedido que cuidara del paciente, que fue finalmente descrito por Janet como un caso exitoso de 'exorcismo moderno'⁴⁰.

Janet presentó su tesis doctoral en medicina *Contribución al estudio de los accidentes mentales de las histéricas* el 29 de julio de 1893³³, sólo unos días antes de la inesperada muerte de Charcot. Entre los miembros del tribunal se encontraban Charles Richet y Alix Joffroy. Janet insistió en desglosar las funciones mentales caracterizadas por la tendencia hacia una personalidad dividida. También introdujo el concepto de una 'disminución del campo de la conciencia', por el que se eliminan determinadas ideas de la conciencia y se someten a un desarrollo autónomo. Estas 'ideas fijas subconscientes' (Janet no usaba el término 'inconsciente' sino que hablaba de 'subconsciente') se expresarían posteriormente como manifestaciones somáticas disfrazadas de histeria.

Para Janet, las manifestaciones histéricas tenían por tanto un cariz claramente simbólico, y estaban relacionadas con traumas psicológicos o físicos anteriores, cuyo recuerdo había sido desterrado de la conciencia personal. Contrapuso las 'ideas fijas subconscientes' de la histeria a las 'ideas fijas conscientes' de las obsesiones y las fobias, que caracterizaban la segunda gran psiconeurosis de Janet, la psicastenia (asociada a un descenso de la tensión psicológica y arrebatos de ansiedad)⁴¹. Resulta interesante que Catherine Bouchara encontrara recientemente documentos de archivo que demuestran que Charcot, ya por aquella época, tenía un concepto muy definido del inconsciente, que marcó el trabajo doctoral de Janet. Al igual que Alfred Binet, Janet asoció los estados amnésicos que se observan en los casos de personalidad dividida al el proceso del automatismo psicológico. Aunque el problema del 'histericismo' no era nuevo y Lasègue, Falret y otros ya habían mencionado el 'carácter histérico'³⁹, fue realmente el trabajo de Janet el que transformó drásticamente los conceptos existentes de la histeria en una novedosa perspectiva de un 'estado mental' especial.

Mientras que resulta obvio que varios de los primeros conceptos desarrollados por Sigmund Freud en la década de 1890 se deben en gran medida al trabajo de Janet y este subrayó en su tesis doctoral⁴² el 'artículo preliminar' de 1893 de Freud y Breuer, los dos personajes no eran plato de buen gusto el uno del otro. A Janet se le recuerda por su ácida crítica del psicoanálisis (en especial de la interpretación de los sueños y del origen sexual de las psiconeurosis) en el Congreso Médico Internacional celebrado en Londres en 1913. Por su lado, Freud se negó a coincidir

con Janet en Viena veinticinco años más tarde. Es probable que una de las razones de esta disputa resida en la autoría del descubrimiento del método catártico para tratar la histeria: Janet afirmaba que sus pacientes Lucie (1886) y Marie (1889) representaban los primeros casos de histeria tratados y documentados en los que se había usado la reactivación en la conciencia de eventos traumáticos anteriores, que habían sido relegados al olvido y transformados en 'ideas fijas subconscientes'. Por otro lado, el caso de Anna O de Josef Breuer se remonta a 1880-1882, pero no fue publicado hasta 1895 en el libro de Freud y Breuer *Estudios sobre histeria*⁴³. Desde entonces, este caso ha sido considerado el primero en el que se lograra la curación de la histeria mediante catarsis, aunque Henri Ellenberger⁴⁴ demostró recientemente que el desenlace clínico de Anna O no se correspondía con una catarsis o una curación con éxito, lo que sugeriría que Janet tenía razón en reclamar haber sido el primero.

Janet siempre se mostró reticente a admitir que tenía mentores, aunque hizo una pequeña excepción con Charcot y el psicólogo Théodule Ribot, a quien Janet sucedería en 1902 en la cátedra de psicología experimental en el Collège de France. Había criticado el concepto de la sugestión en el contexto de la histeria elaborado por Bernheim y la escuela de Nancy, pero tras la muerte de Charcot también criticó a su antiguo jefe por el error fundamental de haber considerado y estudiado las manifestaciones histéricas como si se trataran de síntomas clínicos de enfermedades orgánicas, como la esclerosis múltiple o la sífilis. Realmente, es probable que Janet hubiera sido el primero en afirmar explícitamente que las manifestaciones clínicas de la histeria no concuerdan con la anatomía y la fisiología del sistema nervioso. Se lamentaba de que Charcot y la escuela de La Salpêtrière no hubieran considerado la histeria como una enfermedad mental antes². También sugirió que muchas de las mujeres histéricas de La Salpêtrière ya habían sido hipnotizadas por magnetizadores años antes de que fueran ingresadas en el hospital, y que sus manifestaciones clínicas eran únicamente la representación de lo que habían visto o experimentado con anterioridad.

Sigmund Freud y la histeria de conversión

Mientras que las obras de Pierre Janet nunca han sido objeto de nuevas ediciones, el trabajo de su rival Sigmund Freud (1856-1939) se ha convertido posiblemente en uno de los más famosos de la literatura del siglo XX. Previamente a su visita a París del 20 de octubre de 1885 al 28

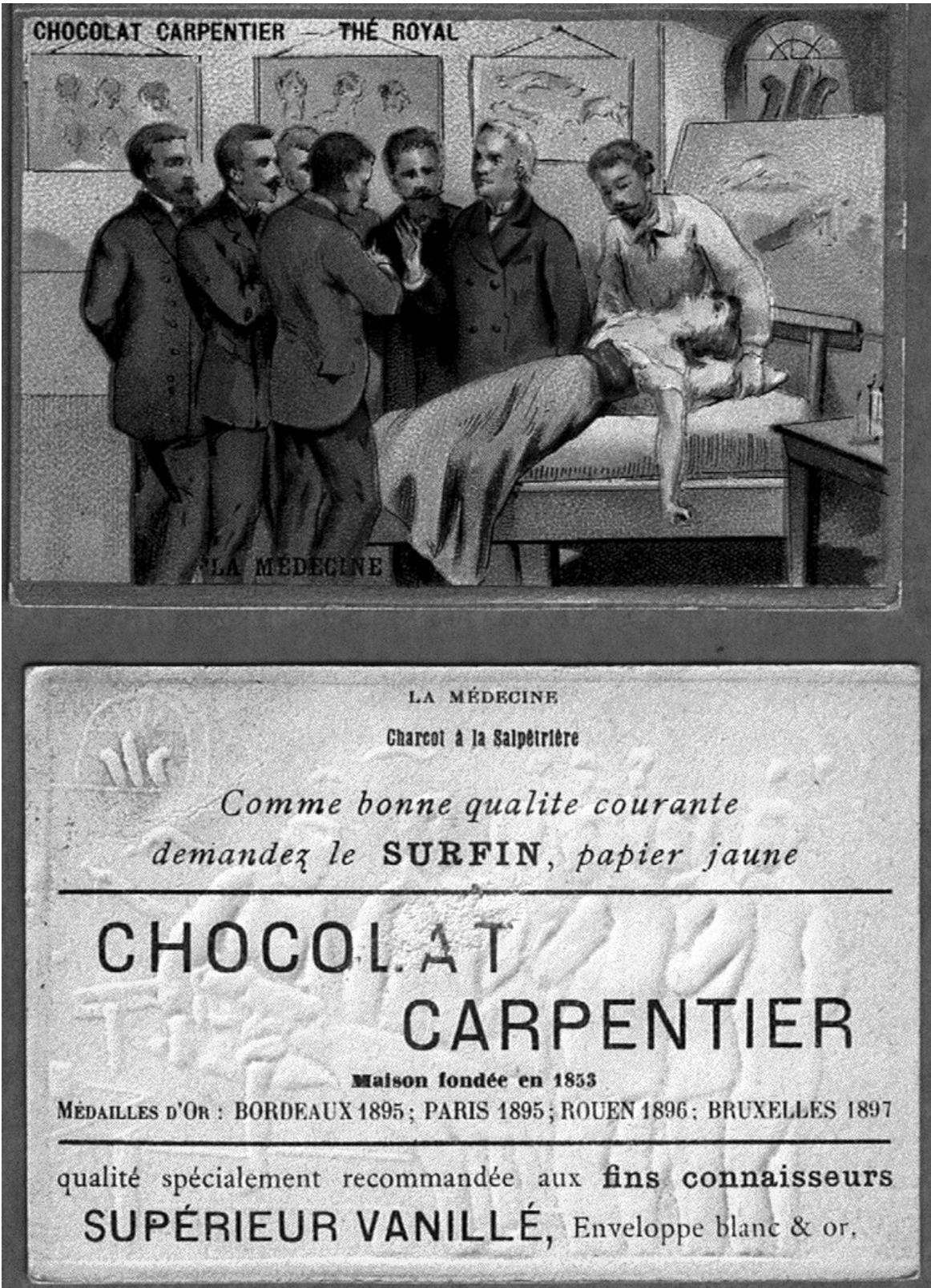


Figura 2. Anuncio de chocolate de la época en el que puede verse a Charcot durante una lección de histeria (cortesía de la biblioteca de Olivier Walusinski, Brou, Francia).

de febrero de 1886, ciudad a la que acudió para estudiar con Charcot, Freud había trabajado principalmente en neurología experimental en Viena y la histeria no entraba dentro de los temas de sus publicaciones. Tras su estancia parisina, Freud volvió a Viena, donde abrió su consulta privada en abril de 1886, logrando incluso sacar el tiempo necesario para traducir una obra de Charcot, que se publicó el mismo año²⁷. El 15 de octubre de 1886 realizó una presentación sobre la histeria masculina en la Kaiserliche-königliche Gesellschaft der Aerzte zu Wien, en la que defendía las teorías de Charcot sobre la histeria, pero que el público no consideró especialmente novedosas. Además, la sugerencia de Freud de aceptar las afirmaciones de Charcot de considerar la histeria como una neurosis traumática no fue bien recibida¹².

En París, Freud había conocido a los guardianes del templo de Charcot, como Gilles de la Tourette, Richer o Babinski (quien por cierto nunca citó a Freud en sus obras), pero no a Janet, quien aún no tenía relación con Charcot. Mientras era seducido por las teorías de Charcot, consiguió mantenerse de alguna forma independiente, ya que también estaba interesado en otras tendencias, en especial las de la escuela de Nancy. En 1889 publicó una traducción de una obra de Bernheim²⁶, a quien visitó por aquella época, así como a Liébault. Sin embargo, esto no afectó a su decisión de llamar Jean-Martin a su primer hijo, que había nacido el mismo año, como homenaje a su antiguo mentor.

Estudios sobre histeria, que Freud publicó junto con Josef Breuer en 1895, se considera su texto teórico sobre histeria de base⁴³, y de hecho esta es la primera publicación en la que se mencionan los primerísimos casos de estudio de Anna O (Bertha Pappenheim) y de Emmy von N (Fanny Moser). Sin embargo, el primer artículo de Freud sobre histeria se remonta a 1886⁴⁵, y antes de 1895 ya había redactado artículos ‘de preparación’ con Breuer, que incluyen una comunicación preliminar en alemán de 1893⁴² y otro artículo en francés publicado en *Archives de Neurologie* de Charcot⁴⁶. Este artículo estaba dedicado a la distinción entre la parálisis histérica y la orgánica. Citando a Janet (quien acababa de publicar su propio artículo sobre histeria en *Archives de Neurologie*⁴⁷ y estaba en fase de finalizar su tesis doctoral), Freud mencionó su observación de que las manifestaciones histéricas se desarrollaban como si la anatomía neurológica no existiera e implicaban cambios en las representaciones corporales. Aunque Charcot alababa a Freud en su artículo, esta afirmación contrastaba fuertemente con su propia teoría de partida

de una ‘lesión dinámica’ localizada en las áreas corticales motoras. En línea con Janet y con las ideas de Charcot en evolución, Freud también subrayó la importancia de los factores mentales: “El órgano paralizado o la función abolida están envueltos en una asociación subconsciente provista de un gran valor afectivo, y se puede mostrar que el brazo se libera tan pronto como ese valor afectivo se borra”. Se ha señalado la fuerte influencia de Janet en Freud que se observa en sus publicaciones de 1892-1895, en las que los conceptos y la redacción a veces parecen simples citas de Janet².

La otra personalidad que influyó visiblemente a Freud en aquella época fue Josef Breuer (1842-1925). Freud le había conocido durante sus estudios histológicos experimentales con Ernst Brücke, a finales de la década de 1870. Junto con Charcot, Breuer era sin duda la personalidad de mayor repercusión, quien estimuló la creatividad original propia de Freud. Tras sus artículos de 1893, Freud y Breuer publicaron su famoso *Estudios sobre histeria*⁴³, con la presentación del caso de Anna O por parte de Breuer, seguido de la presentación de cuatro casos de Freud (Emmy von N, que se considera el primer caso de cura catártica de Freud en 1891, Lucie R, y Katharina y Elisabeth von R). El caso de Anna O era el más antiguo, ya que Breuer había estado siguiendo a la paciente (su nombre verdadero era Bertha Pappenheim, 1860-1936) entre 1880 y 1882 y se considera el ejemplo por definición de curación catártica de histeria. Sin embargo, el término ‘catarsis’ no aparecía en el informe original de Breuer, ya que él usaba los propios términos acuñados por la paciente en inglés: *talking cure* (cura del habla) o *chimney sweeping* (limpieza de chimenea). Para describir las manifestaciones de la paciente, Breuer usaba el término francés de *caprices*. Ellenberger⁴⁴, de forma magistral, ha demostrado cómo ha transformado la mitología freudiana del siglo XX el caso de Anna O y sus posteriores informes, ya que los datos disponibles sugieren que la paciente no era ni un caso convincente de histeria clásica ni que fuera curada en absoluto por Breuer. El caso parece haber conservado su carácter único en la literatura, con una división en dos personalidades que vivían con una diferencia temporal de 365 días, mientras que la ‘cura’ de los síntomas no estaba solamente asociada a la reactivación de determinados recuerdos traumáticos, sino a un increíble proceso en el que Anna tenía que recordar cada una de las ocasiones en que el síntoma se había presentado en orden cronológicamente inverso. En este contexto, Freud combinó el concepto terapéutico de Janet de la reactivación de las ‘ideas fijas subconscientes’ en la conciencia con la teoría del ‘secreto patógeno’ de Moritz Benedikt

(1835-1920)⁴⁸. Benedikt era un neuropsiquiatra de Viena que había intercambiado amigablemente ideas con Charcot. A partir de la década de 1860, había desarrollado varios conceptos sobre la histeria, campo en el que fue precursor al subrayar antes que nadie el papel de la disfunción en la vida sexual. En 1884 introdujo el concepto de 'segunda vida', que se corresponde con todas las representaciones privadas, pensamientos imaginarios y deseos que una persona reserva para sí misma, provocando en ocasiones secretos patógenos que podrían expresarse en la histeria⁴⁹.

Es alrededor de dicho año cuando Freud introdujo el concepto psicológico de *Abwehr* (defensa)⁵⁰, una palabra que también tomó prestada de uno de sus mentores, Theodor Meynert (1833-1892). Esta defensa consistía en un proceso diseñado para 'olvidar' recuerdos dolorosos y traumáticos, cuya representación fuera de la conciencia desencadenaba conflictos intrapsíquicos y manifestaciones clínicas. Poco después, Freud destacó la frecuente naturaleza sexual de los recuerdos implicados en dicho mecanismo. Resulta llamativo que en muchas ocasiones, Freud parecía usar de forma indiscriminada las palabras *Abwehr* (defensa) y *Verdrängung* (represión), aunque también reconoce que la represión en el inconsciente es la única forma de defensa, que también podría incluir rechazo o conversión. En su obra sobre la neuropsicosis de defensa (*Abwehr-Neuro-Psychosen*) Freud perfila tres tipos de histeria:

- 1) Histeria de defensa (*Abwehrhysterie*), en la que se produce una defensa frente a las representaciones con efectos desagradables (Freud abandonó pronto esta terminología ya que descubrió que el concepto era válido para todas las neurosis).
- 2) Histeria de retención (*Retentionshysterie*), en la que el individuo era incapaz de liberar emocionalmente sus afectos mediante la 'abreacción' (Freud pronto dudó sobre la autonomía de esta forma, ya que resaltaba que siempre había mecanismos de defensa también involucrados).
- 3) Histeria hipnoide (*Hypnoidhysterie*) que era el concepto de Breuer de un estado hipnoide como respuesta a un trauma aterrador anterior (pero Freud reconoció que él mismo nunca había visto un caso así).

Debe recalcar que mientras que el término 'conversión' apareció en los escritos de Freud de 1894 (psiconeurosis)⁵⁰ y se usó de nuevo al año siguiente en el informe del caso de Emmy von N en *Estudios sobre histeria*⁴³, el término de 'histeria de conversión' nunca apareció en los primeros

escritos de Freud. Lo usó por primera vez cuando describió el caso del joven Hans (1909), para distinguirlo de la 'histeria de angustia' (*Angsthysterie*) que había sido introducida un año antes por W. Stekel, bajo sugerencia de Freud⁵¹.

En la histeria de angustia, el síntoma principal era la fobia, que se centraba en un objeto que concentraba la ansiedad del paciente. Así, la histeria de angustia se diferenciaba de la neurosis de angustia (*Angstneurosis*) que se remontaba a 1895⁵² y donde la ansiedad no se centraba en un objeto específico. Al contrario que la histeria de angustia, la histeria de conversión no generaba ansiedad y se correspondía con un amago de solucionar un conflicto intrapsíquico convirtiéndolo en una expresión somática, que evitaba las manifestaciones de ansiedad. En la histeria de angustia y la de conversión, el término 'histeria' estaba justificado porque en ambas enfermedades la represión intentaba separar las representaciones mentales de sus efectos correspondientes.

En 1896, mientras Freud empezaba a hacer verdadero hincapié en el papel de la sexualidad en las psiconeurosis, ya se le consideraba una de las autoridades en histeria en el Congreso Internacional de Psicología de Múnich². Elaboró una novedosa clasificación de las neurosis y las psiconeurosis, considerando que las primeras tenían sus raíces en la vida sexual presente (neurastenia, asociada a masturbación, y neurosis de ansiedad, asociada a la frustración sexual) y las segundas en la vida sexual pasada (histeria y obsesiones)⁵³.

En cuanto a la histeria, siguió siendo fiel a la hipótesis de Breuer de que las manifestaciones clínicas se correspondían con la aparición somática inconsciente de experiencias traumáticas anteriores, como una forma simbólica⁵⁴. Sin embargo, al introducir el concepto de *Abwehr*, Freud ya se estaba distanciando de Breuer, así como al introducir el mecanismo de una 'cadena de ideas fijas subconscientes', que Janet había detallado en su informe del caso Marcelle en 1891⁵⁵. Cuando Freud y Breuer publicaron su 'comunicación preliminar' en 1893⁴⁴, Janet ya había descrito al menos siete observaciones detalladas de histeria en los siete años anteriores. Resulta interesante que incluso obviando la clara influencia de las teorías de Janet, la hipótesis de base de Breuer y Freud también guardaba un gran parecido con los conceptos de Charcot-Richer resumidos en el libro de Richer sobre histero-epilepsia quince años antes, pero que aparentemente Freud no había leído². Richer había resaltado el hecho de que muchas crisis de *grande hystérie* se correspondían con una forma de reavi-

vación de experiencias traumáticas pasadas, a veces de naturaleza sexual, algo que Freud posteriormente desarrolló como si fuera su propio descubrimiento. Sin embargo, en septiembre de 1897, solo unos meses después de su revisión de la clasificación de las neurosis y de las psiconeurosis, Freud escribió a su amigo Wilhelm Fliess (un otorrinolaringólogo que había conocido diez años antes) diciéndole que acababa de atravesar una etapa muy complicada, ya que había descubierto que una gran parte de los recuerdos traumáticos que le habían contado sus pacientes histéricas eran confabulaciones (especialmente los recuerdos de seducciones por parte de los padres). Aunque esto supuso un shock para Freud, también le permitió evolucionar en sus propios estudios, aumentando su interés por desde recuerdos olvidados hasta deseos escondidos y fantasías de los pacientes.

Freud también se distanció de forma progresiva de Janet, quien nunca aceptó sus teorías sexuales, pasando del 'análisis psicológico' de Janet al 'psicoanálisis' en 1896. Los orígenes del grupo psicoanalítico se remontan al otoño de 1902, con Kahane, Reitler, Adler y Stekel, que se reunieron en torno a Freud. Posteriormente, Freud realizó varias observaciones sobre histeria, como el famoso caso de Dora, paciente a la que había tratado en 1900, siendo este informe una obra maestra del análisis de los sueños⁵⁶.

Resulta llamativo que durante el siglo XX, el término y el concepto de conversión hayan sustituido de forma progresiva a los de histeria, y que incluso hayan colonizado las clasificaciones internacionales, como la DSM-4⁵⁷, que incluye el 'trastorno de conversión' (F44.X [300.11]) y la CIE-10⁵⁸, que incluye el 'trastorno disociativo o de conversión'. En la actualidad, mientras la mayoría de los neurólogos y los médicos de medicina general no aceptarían necesariamente las teorías freudianas, en todo el mundo se habla de trastorno de conversión en lugar de histeria, sin caer en la cuenta de que al usar este término hacen referencia implícita a una hipótesis típicamente freudiana, es decir, la conversión de angustia psíquica en una manifestación somática.

Joseph Babinski y el pitiatismo

En su tesis doctoral de 1909, Henri Cesbron, el nieto de Lasègue, resumía los avances en histeria que estaban teniendo lugar en Francia en el momento de la muerte de Charcot⁵⁹. Aparte de las obras de los mismos Janet y Babinski, P. Blocq principalmente repetía el concepto de la disminución del campo de la conciencia, mientras Joseph

Grasset (1849-1918) enfatizaba los aspectos psicológicos generales, que ya habían sido mencionados por Charcot y Janet. Paul Sollier (1861-1933), uno de los estudiantes más brillantes de Charcot, y quizás el primer neuropsicólogo clínico de la historia⁶⁰, definió un fenómeno fisiológico, es decir, la inhibición de determinadas regiones corticales, como la base funcional de la parálisis histérica. En esta labor, fue un precursor único, así como en muchos otros campos de lo que se convertiría en la neurología conductual. Sollier formuló la hipótesis de que determinadas regiones corticales se ponían a dormir en la histeria, mientras que otras regiones se convertían en inusualmente activas, lo que explicaba la ausencia de cualquier alteración morfológica visible en el cerebro mismo⁶¹. Con esto, estaba prediciendo hechos que han sido confirmados mediante resonancias magnéticas funcionales en los últimos años⁶²⁻²⁴.

Planteando una perspectiva más lóbrega, Binet-Sanglé sugirió una visión más mecanicista, con una 'regresión de neuronas'⁵⁹. Albert Pitres (1848-1928), que había sido interno de Charcot antes de desarrollar su propia escuela neurológica en Burdeos, también estudió en profundidad la histeria y resumió su investigación en una famosa monografía en dos volúmenes⁶⁵. Pitres siguió fiel a determinadas ideas primigenias de Charcot, entre las que se incluían los estigmas histéricos, pero también adoptó una postura intermedia entre la tradición de La Salpêtrière y las novedosas ideas de Babinski, en la que demostró que su situación como uno de los primeros colaboradores de Charcot no implicaba que debería permanecer adscrito al 'dogma', al contrario que los 'guardaespalda' de Charcot en este tema, Gilles de la Tourette y Richer. Otro de los estrechos colaboradores de Charcot, Charles Féré (1852-1907) también se distanció de las afirmaciones de Charcot sobre la especificidad de la susceptibilidad al hipnotismo de las histéricas, y se acercó a Bernheim³.

Pero los principales avances en histeria de la escuela neurológica de La Salpêtrière estaban relacionados con los estudios de Joseph Babinski (1857-1932). Babinski había sido el *chef de clinique* de Charcot en 1885 y había participado en muchos de los 'espectáculos' con mujeres histéricas en el laboratorio de La Salpêtrière, como puede verse en el famoso cuadro de Brouillet de 1887, donde se ve a Blanche Wittman desvaneciéndose en sus brazos mientras un inalterable Charcot alecciona a un fascinado público. Se considera que existen cuatro artículos principales en histeria escritos por Babinski. El primero apareció en 1886 y se centraba en la influencia de determinados imanes⁶⁶. En 1891 publicó una conferencia sobre histeria que seguía el más puro estilo Charcot-Richer-Gilles de la Tourette⁶⁷.

Sus novedosas y revolucionarias ideas aparecieron poco después en sus artículos de 1901 y 1909⁶⁸, tras los cuales sus ideas no fueron objeto de grandes avances, a pesar de que durante la I Guerra Mundial se mantuvo especialmente activo en el estudio de la histeria en soldados, una actividad que le condujo a la publicación de una famosa obra con Jules Froment en 1917⁶⁹.

La primera innovación de Babinski consistía en seguir la afirmación de Lasègue de que la histeria no podía estudiarse y definirse de la misma manera que otras enfermedades del sistema nervioso, debido a la infinidad de sus manifestaciones. Por ende, hacía hincapié en los criterios negativos que permitían excluir la enfermedad orgánica. Por ejemplo, poco antes de la muerte de Charcot, Babinski reparó en que en la parálisis histérica los reflejos de los tendones no se ven incrementados⁷⁰. También le sorprendió el hecho de que en varios pacientes que nunca habían pasado un examen, no se encontraban estigmas, algo que chocaba con el concepto inicial de Charcot de que los estigmas eran constantes y permanentes⁷¹. Sin embargo, la originalidad de Babinski consistía en combinar estos negativos criterios de exclusión con determinados criterios positivos, que se resumieron en su informe de 1901, en el que el concepto de sugestión es el eje. Realmente, Babinski definió la histeria como un “estado psíquico que le aporta al individuo la capacidad de la sugestión”⁶⁷. Esta afirmación es más cercana a Bernheim que a Charcot, aunque Babinski solo reconocía la influencia del primero en 1907⁷¹. En el diccionario Littré citado por Babinski, el término ‘sugestión’ se define como: “en el sentido médico [...] una acción a través de la cual uno intenta que otro acepte una idea obviamente irracional”⁶⁷. En línea con esa definición, Laplane y Bonduelle han subrayado la contradicción interna del término de ‘auto-sugestión’ de Babinski¹⁷. En la definición de Littré, ‘sugestión’ tiene un sentido negativo y pernicioso mientras que el término ‘persuasión’ hace referencia a la capacidad de convencer a alguien de algo correcto y aunque estas diferencias parecen haber desaparecido hoy en día, eran importantes en su tiempo. Babinski usó el concepto de ‘persuasión’ en la segunda parte de sus criterios para un diagnóstico positivo de histeria, refiriéndose a la sensibilidad a la persuasión del examinador que conlleva una cura de las manifestaciones clínicas. Creó el neologismo ‘pitiatismo’ (del griego persuadir y curar) que él afirmaba que debía sustituir totalmente al término ‘histeria’⁶⁷. Mientras el énfasis en la persuasión del paciente por parte del examinador suponía un recurso útil independiente de la terapia hipnótica en sí, el pitiatismo seguía siendo el punto débil de los avances de Babinski, primero porque la terapia de

persuasión no era siempre sinónimo de curación de síntomas y segundo porque la introducción de una respuesta a una terapia específica en una definición de enfermedad es obviamente teleológica⁷².

La revisión de la histeria de Babinski de 1901 fue amplia y rápidamente aceptada y sus conceptos ya habían sido citados en el tratado de medicina de Bouchard y Brissaud de 1905⁷³. Sin embargo, la histeria y el pitiatismo fueron discutidos en gran medida en el Congreso de Neurología en Lengua Francesa de 1907, celebrado en Lausana, y en dos memorables jornadas de la Société de Neurologie de Paris del 9 de abril y 14 de mayo de 1908, con Maurice Klippel (1858-1942) como presidente⁷⁴.

Estas sesiones han sido revisadas recientemente por Laplane y Bonduelle, quienes señalaron el poco civismo de los debates¹⁷. Vista la pelea en torno a la afasia entre Jules Dejerine y Pierre Marie en 1905, estas jornadas podrían haberse llamado la disputa de la histeria. En la primera jornada, la argumentación sistemática de Babinski desarmaba fácilmente a su oponente principal, Fulgence Raymond, que por aquel entonces ya ocupaba el puesto de Charcot. Resulta quizás significativo que seis años antes, Raymond hubiera presidido la jornada del 7 de noviembre de 1901, en la que Babinski había presentado por primera vez su teoría del pitiatismo.

También se ha hecho mención a la brutalidad de algunas intervenciones en los pacientes durante estas jornadas¹⁷, por ejemplo, las pruebas con cloroformo de Dejerine para comprobar si las contracturas desaparecían, lesiones traumáticas por forzar una contractura por parte de un interno de Raymond, o la simulación de operaciones abdominales. Babinski explicó en detalle su concepto de pitiatismo en la segunda jornada, pero Ballet, Croq, Dejerine y Vogt afirmaban que la desaparición de los síntomas no era sinónimo de un origen histérico subyacente. Oscar Vogt (1870-1959) subrayó la reticencia de Babinski a concebir cualquier teoría psicológica, y de hecho Babinski declaró que no veía ningún ‘trasfondo mental’ especial en la histeria, aunque sí aceptaba su naturaleza no orgánica y psíquica. Rechazó en especial cualquier factor afectivo-emocional⁷⁵, e hizo como si todo el trabajo de Janet y de Freud no tuviera valor o importancia, aunque no se negaba a usar el término ‘psicoterapia’ como método de tratamiento (Babinski-Froment)⁶⁹. Sin embargo, Henri Claude, el que sería futuro titular de la cátedra de psiquiatría en la Clínica Universitaria de Sainte-Anne, propuso que los factores emocionales en la histeria deberían discutirse en una sesión posterior, que al final nunca tuvo lugar.



Figura 3. Dibujo de un ataque demoníaco de histeria realizado por Paul Richer

Mientras que se concluía que histeria y simulación eran diferentes, Babinski, con el apoyo de Brissaud, afirmaba que no existían características clínicas que permitieran distinguir la histeria de la simulación, pero que solo las ‘consideraciones morales’ permitirían descartar la simulación en pacientes individuales. Esto provocó una gran incertidumbre alrededor del diagnóstico de la histeria frente al de simulación, y términos como *caprices*, vicio, defecto, educación deficiente o mal comportamiento a veces se usaban para referirse a las histéricas⁷⁶. Esta tendencia recuerda inevitablemente a lo que sucedió durante los siglos anteriores, cuando la histeria estaba asociada a la posesión demoníaca.

El problema de la simulación y de la malvada naturaleza de las histéricas se convirtió de alguna forma en algo crítico durante la I Guerra Mundial, con el desarrollo del síndrome de *shell-shock* y otras psiconeurosis en un número importante de combatientes⁷⁷. Este periodo permitió a Babinski, junto con Jules Froment, dar forma a los ‘trastornos fisiopáticos’, que se correspondían con las contracturas reflejas asociadas a debilidad motora, atrofia y cambios vegetativos tras un trauma mínimo⁶⁹. Babinski y Froment mencionaron que Charcot y Vulpian ya habían descrito este tipo de desórdenes. Subrayaron la similitud con las ‘manifestaciones histéricas’ dada la disociación entre su gravedad y la causa traumática inicial, pero informaron que estas alteraciones eran diferentes del pitiatismo, ya que mostraban resistencia a la contrasugestión.

Babinski aclaró varios conceptos difusos que se habían desarrollado alrededor de la histeria en los años próximos a la muerte de Charcot, principalmente mediante la delimitación exacta de criterios positivos y negativos para el diagnóstico. Sin embargo, su énfasis exagerado de la ‘autosugestión’ y el pitiatismo ahora parece tan dogmático como determinadas de las ideas de Charcot, que él había criticado, y su falta de consideración de las teorías psicológicas ya desarrolladas de Janet y Freud, le hacen parecer anticuado y limitado de alguna forma. Sin embargo, su revisión de la histeria representó un adelanto clave para la neurología clínica antes de la I Guerra Mundial, y hoy en día sigue influenciando a las generaciones actuales de médicos.

Histeria durante la I Guerra Mundial

Mientras que el interés de los neurólogos por la histeria decrecía tras las jornadas de 1907 de la Société de Neurologie de Paris, la guerra y la rápida aparición de muchos casos de *shell-shock* dieron un nuevo impulso fuerte y

renovado. El término había sido acuñado por Charles Myers en un artículo de 1915⁷⁸, y lo definía como “un golpe en la cabeza sin que exista dolor tras este”, pero que podía ir seguido de manifestaciones neurológicas y conductuales, normalmente en ausencia de lesiones cerebrales de relevancia. Los pacientes en un principio se mezclaban con casos de enfermedades orgánicas, pero poco después se hizo necesario desarrollar vías y tratamientos específicos para ellos⁷⁷. En Francia, de los 7 891 000 llamados a filas, 1 375 000 fallecieron y 4 266 000 fueron registrados como ‘heridos’, pero no existen estadísticas adecuadas sobre los casos de *shell-shock* y de psiconeurosis de guerra⁷⁹. Los hospitales fueron adaptados para dar cabida a los combatientes heridos y por lo general, los centros neurológicos se dedicaron al manejo de los pacientes de *shell-shock* con trastornos funcionales. Babinski, Dejerine, Sollier, Roussy, etc. llegaron a ser jefes de servicio de estos centros de París y de la provincia, lo que provocó una nueva oleada de estudios sobre histeria que tomaban la forma de psiconeurosis de guerra, desencadenando así la publicación de un amplio número de artículos y libros⁷⁷.

La Société de Neurologie de Paris organizó varias jornadas especiales sobre el tema, y durante la primera fase de la guerra aparecieron tres volúmenes de la *Revue Neurologique*. El patriotismo era omnipresente en estos estudios, y resulta interesante que esto también sucediera en el otro lado, incluso en Freud y Wagner-Jauregg, entre otros, que estaban igualmente involucrados en el campo asistencial. En otro artículo ya tratamos el fascinante tema de las psiconeurosis durante la I Guerra Mundial⁷⁷. Se registraron nuevas manifestaciones histéricas, como la campocormia (flexión del tronco, descrita por Souques⁸⁰), o el síndrome del pájaro en la jaula⁸¹.

En términos generales, se desarrollaron dos tendencias principales: la primera estaba encabezada por los neurólogos ‘puros’, como Babinski y Gustave Roussy, que seguían una estricta línea en la que los aspectos psicológicos se tenían en cuenta principalmente para detectar farsas y farsantes y para conseguir un efecto de ‘persuasión’ en los pacientes, que sería suficiente para enviarlos de vuelta al combate; la segunda era más psicoterapéutica, y de hecho estaba encabezada por psiquiatras o ex neurólogos que habían evolucionado hacia el estudio de los trastornos mentales, como Paul Sollier, André Léri, Paul Voivenel, o Ernest Dupré. Este último grupo enfatizaba un tipo de manejo que se asemejaría a lo que hoy conocemos como psicoterapia, mientras que el primer grupo desarrolló un enfoque mucho más salvaje, que incluía la electroterapia,

que los mismos combatientes pronto empezaron a llamar *torpillage*⁸². Estos avances por parte de los intransigentes miembros del primer grupo estaban motivados por la obsesión de identificar casos de enfermedad simulada.

El *torpillage* fue desarrollado por Clovis Vincent (1879-1947), el más tarde fundador de la neurocirugía francesa, que era discípulo tanto de Raymond como de Babinski. En el centro de Tours, Vincent comenzó a usar la faradización con persuasión, que ya había sido desarrollada por Babinski antes de la guerra para el tratamiento de las histéricas, pero el limitado número de éxitos logrados le llevó a desarrollar un método más eficaz aunque más doloroso, en el que se unía corriente galvánica con rehabilitación forzosa. Lo normal era aplicar las descargas eléctricas a las partes del cuerpo afectadas a la vez que el médico instaba al paciente a mejorar de forma inmediata. “Supone una auténtica lucha conseguirlo”, decía Vincent mientras aportaba gran cantidad de datos de resultados favorables, que incluía a combatientes que eran devueltos al frente con rapidez, y un porcentaje de fracaso por debajo del 3%⁸³.

En 1916, varios soldados comenzaron a rebelarse contra el *torpillage*, pero Vincent los acusó de farsantes. Sí que tuvo lugar un incidente más grave con un soldado, el zuavo Baptiste Deschamps, que le dijo a Vincent que lo que practicaba era tortura. Comenzaría una auténtica reyerta cuando Deschamps golpeó a Vincent, ignorante de que este último había sido boxeador amateur, por lo que se defendió devolviendo el golpe sin la menor vacilación. El asunto se resolvió en un juicio militar que coincidió con el fin de esta técnica terapéutica. El mismo Vincent solicitó su traslado al frente donde trabajó como médico en las trincheras de infantería hasta el final de la guerra. Sin embargo, la electroterapia no había caído en el olvido y al año siguiente, el discípulo de origen suizo de Dejerine, Gustave Roussy (1874-1947), desarrolló un método adaptado de faradización acompañado de un ‘tratamiento moral’ en el centro de Salins-les-Bains⁸⁴. Había refinado la técnica que había desarrollado en el centro militar del Hôpital Paul-Brousse, en las afueras de París, donde había tenido como paciente al coracero Louis-Ferdinand Destouches, quien se convertiría posteriormente en uno de los más famosos escritores de su siglo bajo el seudónimo de *Céline*. En su aclamada novela de 1932, *Viaje al fin de la noche*⁸⁵, narra su experiencia con Roussy (bajo el nombre de profesor Bestombes).

Al principio, la corriente farádica era débil pero, para alcanzar un mayor número de éxitos, Roussy pronto pasó a aumentar su intensidad y a colocar los electrodos en

partes sensibles del cuerpo, como el escroto o la planta del pie. Hizo hincapié junto con Michel d’Oelsnitz y Jules Boisseau en la necesidad de un tratamiento doloroso, asociado a apoyo moral, aislamiento y entrenamiento físico estricto. Tras una civilizada discusión con Vincent sobre la paternidad y los resultados del *torpillage*, Roussy tuvo que hacer frente a varias rebeliones y rechazos al tratamiento por parte de soldados ingresados en Salins-les-Bains. Después de un juicio militar, tuvo que templar su patriótico entusiasmo terapéutico, y se abandonó de nuevo la electroterapia durante los primeros meses de 1918⁸². Este tratamiento para la histeria de guerra no se limitaba en absoluto a Francia e igualmente se usaba en las tropas alemanas y de los aliados, con métodos especialmente agresivos⁸⁶ que estaban justificados por el nuevo énfasis del concepto de la ‘debilidad de la voluntad’, tomado de Brodie en 1837⁸⁷. Tras la guerra, el más tarde premio Nobel Julius Wagner-Jauregg (1857-1940) tuvo incluso que defenderse en un juicio por este asunto, en el que Freud testificó a su favor⁷⁷.

Estas tendencias se correspondían con diferentes hipótesis sobre la génesis de las psiconeurosis de guerra (que también incluían, además de la histeria, casos de psicosis alucinatoria, varias formas de delirio, catatonia, etc.)⁸⁸. Babinski, así como el psiquiatra Joseph Capgras (1873-1950), sostenían que se trataba de factores organico-biológicos, aunque en cierta medida ambos identificaron factores mentales asociados con la histeria. En términos más psicológicos, la ‘hipótesis postconmocional’ contaba con el apoyo de Gilbert Ballet (1853-1916), catedrático de psiquiatría en Sainte-Anne durante la primera parte de la guerra, mientras que la ‘hipótesis postemocional’ contaba con el de los psiquiatras André Léri (1875-1930) y Maurice Dide (1873-1944), que acuñaron el término de *shock-emotion*⁸⁹.

Resulta evidente que la guerra reavivó las antiguas cuestiones sin resolver entre los factores orgánicos y los psíquicos en la histeria, especialmente con el renovado interés en la detección de farsantes. Con la intención de cubrir todos los diferentes factores, Paul Sollier definió tres tipos o niveles de histeria de guerra: *hystérie brute* (histeria bruta), en la que el trauma físico y las lesiones tienen un papel crucial, *hystéro-traumatisme* (histero-traumatismo), en la que los factores somáticos y psíquicos son igualmente importantes y la *hystérie vulgaire* (histeria común), en la que los factores psíquicos desempeñaban el papel principal. Para Sollier, lo principal era subrayar que la histeria podría deberse a factores físicos o mentales, justificando su definición de “un trastorno fisiológico en el que

los fenómenos psicológicos están asociados en proporciones variables⁹⁰.

La historia, ¿una enfermedad contemporánea?

A comienzos del siglo XX, la historia se había convertido en uno de los diagnósticos más frecuentes en relación con los trastornos del sistema nervioso, junto con la parálisis general o la sífilis, a la par que el tema central de casi un quinto de las tesis doctorales sobre neurología⁹¹. En 1891, Guinon estimó en un 8% la proporción de casos de historia entre los 3 168 pacientes que Charcot atendía en su consulta³⁴. Estas cifras contrastan con lo que se ha registrado en el siglo XX, como puede verse por ejemplo en el número de tesis doctorales, que pasaron de 111 en la primera década del siglo a 85 en la segunda y a 10 en los veinte años siguientes⁹¹. En 1912, Chauffard afirmaba que ya no quedaban pacientes con historia en las consultas clínicas⁹². Este descenso en el diagnóstico de la historia era interpretado por determinados autores como una prueba de que Charcot y su escuela habían sido responsables de una epidemia transitoria de historia, que naturalmente había desaparecido con los años⁹³. Otras hipótesis apuntaban a la ‘desvictorianización’ de la sociedad y a la evolución psicológica de las personas, que las hacía menos dadas a espectáculos públicos de expresiones somáticas⁹¹.

De hecho, tras el aumento transitorio de interés asociado a la I Guerra Mundial, la historia volvió al lugar que ocupaba antes de Charcot, es decir, a una tierra de nadie entre la psiquiatría y la neurología, con un notable descenso del interés científico y de los estudios como consecuencia inmediata⁹⁴. Ciertamente, la experiencia clínica disponible sugiere que la historia no desapareció del todo y que incluso se ha mantenido bastante estable con los años⁹⁵. Ya en 1955, Guillaín afirmaba en su libro sobre Charcot que no se había producido ningún cambio en la prevalencia de la historia, mientras que la forma y los términos en los que se registraba, habían evolucionado a ‘trastornos funcionales’³⁴. Esta discrepancia entre historiadores médicos y profesionales de la medicina se reflejaba principalmente en una ‘reconceptualización diagnóstica’, en la que la reclasificación nosológica aportaba a los legos la ilusión de una desaparición. Recientemente, Stone et al.⁹⁵ examinaron 68 libros de texto publicados entre 1877 y 2005, en los que observaron un marcado descenso tanto en el uso del término ‘historia’ como en el interés por dicha enfermedad.

Hoy en día, para la mayoría de los neurólogos en activo, resulta obvio que mientras determinadas de manifestaciones han evolucionado (por ejemplo, el *arc-de-cercle* de

Charcot parece haber casi desaparecido en los pacientes del mundo occidental), la historia sigue siendo común tanto en contextos ambulatorios como hospitalarios⁹⁵. Además, siguen quedando muchas cuestiones pendientes, como la relación de la historia con la farsa y la exageración de los síntomas. Otra cuestión aún por resolver, es la relación entre la historia y una enfermedad orgánica del sistema nervioso concomitante, un tema que ya había sido abordado en la fascinante tesis doctoral de Paul Yakovlev de 1924⁹⁶, después de tres años en el servicio de Babinski e inmediatamente antes de su emigración a EE UU, donde realizó una brillante carrera en Harvard. Cabe la posibilidad de que los estudios cerebrales funcionales con técnicas de resonancia magnética (RM) puedan ayudar a entender ciertos misterios aún vinculados a la historia. Los experimentos preliminares sugieren un tipo diferente de activación motora en pacientes con parálisis orgánica que con parálisis histérica^{62,63}. Recientemente y mediante el uso de RM funcional, Cojan et al.⁹⁷ demostraron la conservación de la intención motora en la parálisis histérica, con una activación preparatoria en la corteza motora, pero sin activación durante el movimiento fallido. Igualmente evidenciaron activación de la corteza prefrontal ventromedial, una región implicada en el proceso motivacional y afectivo, junto con activación en la precuña y en la región frontal ventrolateral que se asocia a las autorepresentaciones. Por otro lado, la parálisis fingida (simulación) en controles instruidos activó las regiones frontales habituales que colaboran en la inhibición motora consciente (giro frontal inferior). Al demostrar los diferentes mecanismos de inhibición motora en la parálisis histérica y fingida, estos hallazgos podrían demostrar que la historia y la simulación son intrínsecamente enfermedades diferentes, con manifestaciones neurofisiológicas distintas.

El efecto boomerang: Charcot tenía razón

En la literatura de la historia de la historia, parece existir una tendencia a presentar los conceptos de Charcot como obsoletos, con un énfasis particular en las sesiones de 1908 en la Société de Neurologie de París, que supuestamente destruyeron décadas de supremacía de Charcot ‘en dos días’^{17,71,91}. Esta insistencia puede deberse en parte a la dominante personalidad de Charcot, que habría explicado por qué sus ‘equivocadas ideas’ se habrían transformado en años en dogmas incuestionables. Sin embargo, y en línea con lo anterior, normalmente solo se consideran las primeras teorías de Charcot (compresión ovárica, estigmas) mientras que los importantes avances

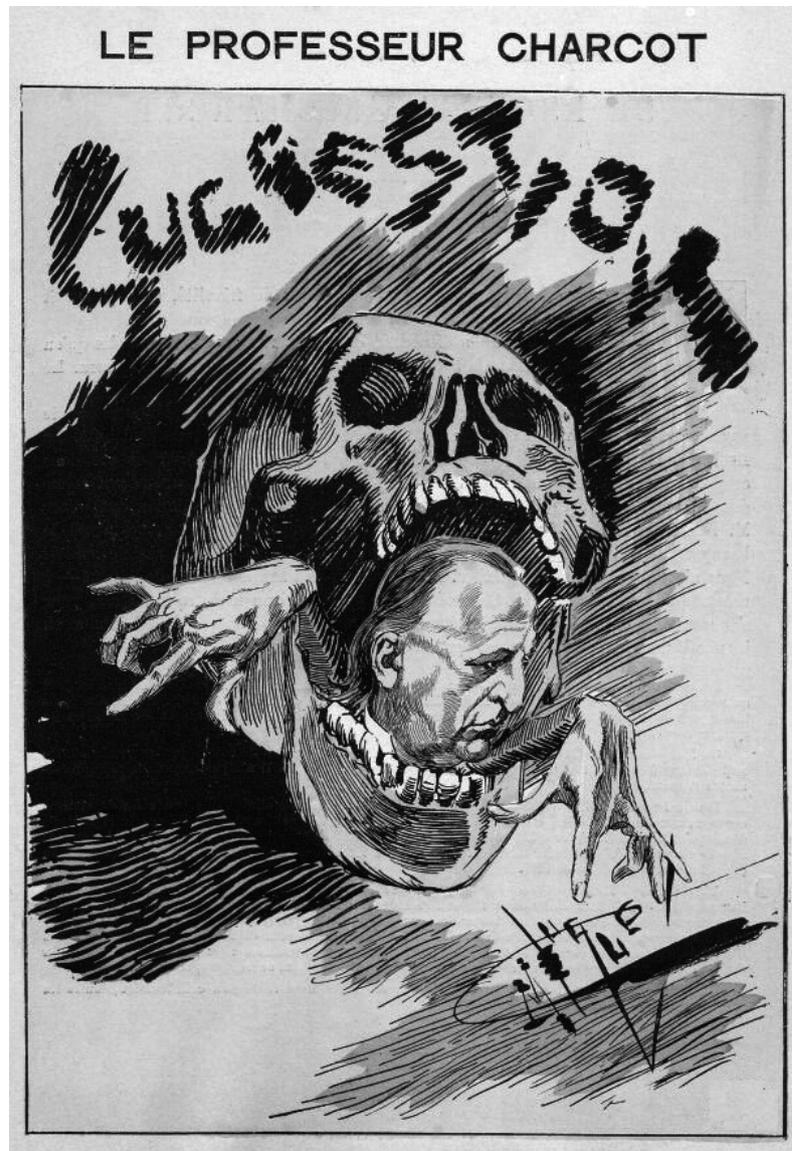


Figura 4. Caricatura de Charcot induciendo la sugestión en el manejo de la histeria.

logrados durante la última parte de su carrera, como el énfasis en los factores traumáticos y mentales, normalmente ni se mencionan. Los detractores también toman prestada de Janet y Babinski la afirmación de que el error fundamental de Charcot residía en haber comenzado a estudiar la histeria como si de una enfermedad similar a cualquier dolencia orgánica se tratase. Pero, de hecho, esta actitud era la condición necesaria para un enfoque científico sin sesgos de una enfermedad sobre la que no se sabía nada prácticamente (la teoría uterina aún cuenta

con defensores). Las críticas también las recibe el carácter exagerado de las sesiones de hipnotismo de La Salpêtrière, y la facilidad con la que las pacientes histéricas habrían engañado al anciano médico con ataques y epidemias fingidas de *grandes crises d'hystérie*².

De esta manera, Babinski a menudo se presenta como el salvador de una época oscura, que acabó con años de sumisión al último emperador de la neurología^{17,71}. Sin embargo, mientras Babinski clarificaba los criterios de diagnóstico

clínico, sus propios conceptos sobre histeria parecen bastante retrógrados y limitados hoy en día con su reticencia a admitir factores emocionales y su forma de enmascarar una falta de consideración de los mecanismos mentales dinámicos tras factores conocidos como ‘psicológicos’ fijos y bastante primarios. A pesar de la gran debilidad del pitiatismo, la longevidad de la iniciativa de Babinski estaba claramente soportada por el hecho de que los neurólogos veían aquí una forma muy eficaz de eliminar problemas psicológicos más profundos y de concentrarse en manifestaciones clínicas públicas. Además el concepto freudiano simplificado de conversión de conflictos intrapsíquicos en manifestaciones somáticas se mostraba como un concepto lo suficientemente psicológico. Es posible que los fanáticos de Charcot, como Gilles de la Tourette, también contribuyeran de forma indirecta a la necesidad de destruir la imagen de su mentor, debido a su intransigencia a cualquier paso que se alejara de la doxa. Los augurios de Charcot sobre este riesgo en el momento de la pugna con la escuela de Nancy eran certeros: mientras Gilles de la Tourette proclamaba la supremacía de La Salpêtrière, Charcot estaba convencido de que esta ‘victoria’ perjudicaría a los avances en histeria e hipnotismo²¹. Realmente, la disputa pronto se malinterpretó como la defensa de Bernheim de la sugestión frente a Charcot, cuando Bernheim estaba negando la existencia de la histeria. Sin embargo, Charcot nunca cuestionó la ‘sugestión’, a diferencia de la creencia general de que Bernheim, y Babinski, diez años más tarde, tuvieron que contradecirle en este punto para poder exponer sus argumentos.

La intención de este artículo sobre los conceptos de la histeria, en evolución desde los primeros años del siglo XIX hasta la aparición de los seguidores de Charcot en adelante, es colaborar en la demostración de la sorprendente modernidad de los conceptos de Charcot, considerando que se perciben a través de la perspectiva dinámica de la evolución de las emergentes neurología y psiquiatría. De hecho, existen varios ejemplos importantes de lo avanzado del pensamiento de Charcot en cuanto a la histeria. En primer lugar, no podemos olvidar que fue Charcot quien lideró ese interés científico por la histeria en un momento en el que la neurología no existía, y en el que ni el alienismo ni la medicina la consideraban un campo de estudio.

En segundo lugar, Charcot fue el precursor de la teoría del trauma que subyace bajo la histeria, haciendo hincapié en marcados factores sexuales incluso veinte años antes que Freud. Esto lo convirtió en uno de los primeros en describir la histeria masculina. Fue el primero en desarrollar los factores mentales como determinantes críticos de

la histeria y promovió los primeros trabajos médicos de Janet sobre este tema, creando el primer laboratorio experimental en un servicio de neurología.

En tercer lugar, varias de las intuitivas ideas de Charcot se han visto confirmadas en modernos estudios neurofisiológicos y de imagen recientes⁶³. Por ejemplo, el concepto de ‘lesión dinámica’ es actual con respecto a las teorías hoy vigentes sobre funcionamiento cerebral en situaciones normales y patológicas. Curiosamente, es Sollier, el más brillante de los seguidores de Charcot en temas neurológicos, quien siguió trabajando en esta línea, añadiendo el concepto de activación-desactivación de diferentes regiones cerebrales como el mecanismo dinámico tras la histeria⁶¹. Dicho concepto ha sido validado recientemente mediante estudios de RM funcional, que también han demostrado que a diferencia de Babinski, Charcot estaba totalmente en lo cierto al mostrarse firme en su defensa de que la histeria y la simulación eran dos enfermedades diferentes, con mecanismos cerebrales distintos⁹⁷.

Por último, cabe destacar que los estudios de RM funcional también han confirmado una de las teorías máspreciadas de Charcot: la cercanía del hipnotismo a la histeria, la idea criticada con más vehemencia por Bernheim y sus colaboradores. De hecho, recientemente Cojan et al.⁹⁸ demostraron que en la parálisis hipnótica y la histérica estaba presente la misma activación preparatoria en la corteza motora, junto con la misma activación de la precuña (asociada con las auto-representaciones), mientras que al contrario que en la parálisis simulada en los controles instruidos, no existía activación directa de la región motora frontal durante la inhibición. Sin embargo, como Charcot ya había planteado, el hipnotismo, la histeria y la simulación son estados diferenciados, que igualmente usan patrones cerebrales de funcionamiento diferentes.

Bibliografía

1. Postel J, Quérel C. Nouvelle histoire de la psychiatrie. París: Privat; 1983.
2. Ellenberger HF. À la découverte de l'inconscient. Histoire de la psychiatrie dynamique. Villeurbanne: Simep-Éditions; 1974.
3. Bogousslavsky J, Walusinski O, Veyrunes D. Crime, hysteria and Belle Époque hypnotism: The path traced by Jean-Martin Charcot and Georges Gilles de la Tourette. *Eur Neurol*. 2009;62:193-9.
4. Exposé des titres scientifiques du docteur J.-M. Charcot. París: Imprimerie Victor Goupy et Jourdan; 1883.
5. Gauchet M, Swain G. Le vrai Charcot. París: Calmann-Lévy; 1997.
6. Abricossos G. L'hysterie aux XVIIe et XVIIIe siècles. Étude historique et bibliographique. París: G. Steinheil; 1897.

7. Brachet JL. *Traité de l'hystérie*. Paris y Lyon: J.-B. Baillière and Charles Savy Jeune; 1849.
8. Briquet P. *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Paris: J.-B. Baillière and Fils; 1859.
9. Bogousslavsky J, Moulin T. From alienism to the birth of modern psychiatry: a neurological story? *Eur Neurol*. 2009;62:257-63.
10. *Iconographie photographique de la Salpêtrière, service de M Charcot, par Bourneville et P. Regnard*. Paris: Progrès Médical, V. Adrien Delahaye et Cie; 1877.
11. Owen ARG. *Hysteria, hypnosis and healing. The work of J.-M. Charcot*. Nueva York: Garrett Publications; 1971.
12. Richer P. *Études cliniques sur l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie*. Précédé d'une lettre-préface de M. le professeur J.-M. Charcot. Paris: Adrien Delahaye et Émile Lecrosnier; 1881.
13. Gilles de la Tourette G. *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie d'après l'enseignement de la Salpêtrière*. Paris: Librairie Plon; 1891 (vol 1), 1895 (vol 2,3).
14. Lasègue C. *Études médicales du professeur Ch. Lasègue*. 2 vol. Paris: Asselin; 1884.
15. Richet C. *Le somnambulisme provoqué*. *Arch Physiol Norm Pathol*. 1875; 11:348-78.
16. Bernheim H. *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie*. Paris: Doin; 1891.
17. Laplane, D, Bonduelle M: *Le débat sur l'hystéries*. *Rev Neurol (Paris)*. 1999;155:815-21.
18. Babinski J. *Définition de l'hystérie*. *Rev Neurol*. 1901;9:1074-80.
19. Liégeois J. *De la suggestion hypnotique dans le droit civil et le droit criminel*. Séances et travaux de l'Académie des Sciences Morales et Politiques. 1884;122:155-240.
20. Gilles de la Tourette G. *L'épilogue d'un procès célèbre, suivi de répons à M. Gille de la Tourette par Bernheim*. En: Lacassagne A. *L'affaire Gouffé*. Lyon y Paris: A. Storck and G. Masson; 1891. p.126-38.
21. Duncan G. *Gilles de la Tourette: Aspects connus et méconnus de sa vie et de son oeuvre*. Poitiers: Impression des thèses; 1995.
22. Gilles de la Tourette G. *L'hypnotisme et les états analogues du point de vue médico-legal*. Paris: Librairie Plon; 1887.
23. Azam E. *Hypnotisme et double conscience. Origine de leur étude et divers travaux sur des sujets analogues. Avec des préfaces de MM. Paul Bert, Charcot et Ribot*. Paris: Félix Alcan; 1893.
24. Mesnet E. *De l'automatisme de la mémoire et du souvenir dans le somnambulisme pathologique*. *L'Union Médicale*. 1874 julio 21 (nº. 87), julio 23 (nº. 88).
25. Proust A. *Un cas curieux d'automatisme ambulatoire chez un hystérique*. *La Tribune Médicale*. 1890 marzo 27 (nº. 13), p.202-3.
26. Bernheim H. *Die Suggestion und ihre Heilwirkung. Übersetzung von Sigmund Freud*. Leipzig y Viena: Deuticke; 1889.
27. Charcot JM. *Neue Vorlesungen über die Krankheit des Nervensystems ins besondere der Hysterie, Übersetzung von Sigmund Freud*. Leipzig y Viena: Toeplitz und Deuticke; 1886.
28. Van Eeden P. *The theory of psychotherapeutics*. *Med Mag*. 1895;1:230-57.
29. Marquer B. *Les romans de la Salpêtrière. Réception d'une scénographie clinique. Jean Martin Charcot dans l'imaginaire fin-de-siècle*. Ginebra: Droz; 2008.
30. Parent A, Parent M, Leroux Hugon V. *Jules Bernard Luys: a singular figure of 19th century neurology*. *Can J Neurol Sci*. 2002;29:282-8.
31. Charcot JM. *La foi qui guérit*. *Revue Hebdomadaire*. 1892;5:112-32
32. Espanet F. *Hystéricisme et hystérie. Du sommeil hystérique en particulier*. Paris: A. Parent imprimeur de la Faculté de Médecine; 1875.
33. Janet P: *Les accidents mentaux des hystériques [tesis]*. Paris: Faculté de Médecine de Paris; 1893.
34. Guillaín G. J.-M. Charcot, 1825-1893, sa vie, son oeuvre. Paris: Masson & Cie; 1955.
35. Janet P. *L'automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Paris: Félix Alcan, Ancienne Librairie Germer Ballière & Cie; 1889.
36. Clérambault G de. *Oeuvre psychiatrique*. Paris: PUF; 1942.
37. Janet P. *Étude sur un cas d'amnésie antérograde dans la maladie de la désagrégation psychologique*. *International Congress of Experimental Psychology*. Londres: Williams & Norgate; 1892. p.26-30.
38. Charcot JM. *Sur un cas d'amnésie rétro-antérograde probablement d'origine hystérique*. *Rev Méd*. 1892;12:81-96.
39. Charcot JM. *Clinique des maladies du système nerveux*. Vol. 2. Paris: Félix Alcan; 1893. p.266-88.
40. Janet P. *Un cas de possession et d'exorcisme moderne*. *Bull Univ Lyon*. 1894:41-57.
41. Janet P. *Les obsessions et la psychasthénie*. Paris: Alcan; 1903.
42. Breuer J, Freud S. *Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene (Vorläufige Mitteilung)*. *Neurol Zentralblatt*. 1893;12:4-10,43-7.
43. Breuer J, Freud S. *Studien über Hysterie*. Leipzig y Viena: Deuticke; 1895.
44. Ellenberger HJ. *Médecines de l'âme. Essais d'histoire de la folie et des guérisons psychiques*. Paris: Fayard; 1995.
45. Freud S. *Beitrage zur Kasuistik der Hysterie. I. Beobachtung einer hochgradigen Hemianesthesie bei einem hysterischen Manne*. *Wien Med Wschr*. 1886;36:1633-8.
46. Freud S. *Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices et hystériques*. *Arch Neurol (Paris)*. 1893;26:29-43.
47. Janet P. *Quelques définitions de l'hystérie*. *Arch Neurol (Paris)*. 1893;25:417-38 y 1893;26:1-29.
48. Benedikt M. *Beobachtung über Hysterie*. *Reimpresión de Zeitschrift für praktische Heilkunde*, 1894. p.27.
49. Benedikt M. *Second life. Das Seelenbinnenleben des gesunden und kranken Menschen*. *Wiener Klinik*. 1894;20:127-38.
50. Freud S. *Die Abwehr Neuro-Psychosen*. *Neurol Zentralblatt*. 1894;13:362-4 y 1894;13:402-9.
51. Laplanche J, Pontalis JB. *Vocabulaire de la psychanalyse (sous la direction de D. Lagache)*. Paris: PUF; 1967.
52. Freud S. *Über die Berechtigung von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomen komplex als Angstneurose abzutrennen*. *Neurol Zentralblatt*. 1895;11:50-66
53. Freud S. *Weitere Bemerkungen über die Abwehr Neuro-psychosen*. *Neurol Zentralblatt*. 1896;15:434-48 (en francés: *L'hérédité et l'étiologie des névroses*. *Rev Neurol*. 1896;4:161-8)
54. Freud S. *Zur Etiologie der Hysterie*. *Wien Klin Rundschau*. 1896;10:379-81, 395-7, 413-5, 432-3, 450-2.

55. Janet P. Étude sur un cas d'aboulie et d'idées fixes. *Rev Phil.* 1891;31:258-87 y 382-407.
56. Freud S. Bruchstück einer Hysterie-Analyse. *Monatschr Psychol Neurol.* 1905;18:285-310.
57. American Psychiatric Association. MINI DSM-IV. Critères diagnostiques (Washington DC: APA; 1994). Traducción al francés de JD Guelfi et al. París: Masson; 1996.
58. OMS. Classification internationale des maladies. Sixième révision. Chapitre V (F). Troubles mentaux et troubles du comportement (CIM-10/ICD-10). Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic (traducción del inglés coordinada por CB Pull). Ginebra, OMS y París, Masson; 1993.
59. Cesbron H. Histoire critique de l'hystérie. París: Asselin et Houzeau, Librairies de la Faculté de Médecine; 1909.
60. Bogousslavsky J, Walunski O, Marcel Proust and Paul Sollier: The involuntary memory connection. *Schweiz Arch Neurol Psychiat.* 2009;160:130-6.
61. Sollier P. Genèse et nature de l'hysteria. París: F. Alcan; 1892.
62. Halligan PW, David AS. Conversion hysteria: towards a cognitive neuropsychological account. Hove: Psychology Press; 1999.
63. Vuilleumier P. Hysterical conversion and brain function. *Prog Brain Res.* 2005;150:309-29
64. Ghaffar O, Staines WR, Feinstein A. Unexplained neurologic symptoms: an fMRI study of sensory conversion disorders. *Neurology.* 2009;67:2036-8.
65. Pitres A. Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme faites à l'hôpital Saint-André de Bordeaux. Ouvrage précédé d'une lettre-préface de M le professeur J.-M. Charcot. París: Octave Doin; 1891.
66. Babinski J. Recherches servant à établir que certaines manifestations hystériques peuvent être transmises d'un sujet à un autre sujet sous l'influence de l'aimant. *Progr Méd.* 1886: 2e série IV:1010-1.
67. Babinski J. Hypnotisme et hystérie. Du rôle de l'hypnotisme en thérapeutique. Leçon faite à la Salpêtrière le 23 juin 1891. París: G. Masson, Librairie de l'Académie de Médecine; 1891.
68. Babinski J. Démembrement de l'hysterie traditionnelle. *Sem Méd.* 1909;29:3-8.
69. Babinski J, Froment J. Hystérie-pithiatisme et troubles nerveux d'ordre réflexe. París: Précis de médecine et de chirurgie de guerre, Masson & Cie; 1917.
70. Babinski J. Contractures organiques et hystériques. *Bull Mem Soc Méd Hôp Paris.* 1893;10:327-46.
71. Derouesné C. Pithiatism versus hysteria. En: Philippon J., Poirier J, editores. *Joseph Babinski: A Biography.* Oxford: OUP; 2009. p.297-319.
72. Rivers WHR. Instinct and the unconscious contribution to a biological theory of the psycho-neuroses [Internet]. 1920. Disponible en: <http://psychclassics.yorku.ca/Rivers>
73. Bouchard C, Brissaud F. *Traité de Médecine.* París: Masson; 1905.
74. Babinski J. Discussion sur l'hysterie. *Rev Neurol.* 1908;16:365-404 y 494-519.
75. Babinski J. Émotion, suggestion et hystérie. *Rev Neurol.* 1907;15:752-754.
76. Klippel M, Weill GA. *Traité de Médecine.* París: Masson; 1927.
77. Tatu I, Bogousslavsky J. Le poilu, l'hystérie et le neurologue. *Combats autour des psychonévroses de la Grande Guerre.* París, en prensa, 2010.
78. Myers CS. A contribution to the study of shellshock: being an account of the cases of loss of memory, vision, smell and taste admitted to the Duchess of Westminster's War hospital, Le Touquet. *Lancet.* 1915;1:316-20.
79. Audoin-Rouzeau S, Becker JJ. *Encyclopédie de la Grande Guerre 1914-1918.* París: Bayard; 2004.
80. Souques A, Rosanoff-Salofi M. La camptocormie. Incurvation du tronc, consécutive aux traumatismes du dos et des lombes. *Considérations morphologiques.* *Rev Neurol.* 1915;23:937-9.
81. Chavigny P. *Psychiatrie aux armées.* *Paris Médical.* 1915;5:415-23.
82. Tatu I, Bogousslavsky J, Moulin T, Chopard JL. The 'torpillage' neurologists of the Great War: electrocuting hysterics for the Fatherland. *Pendiente de aceptación.*
83. Vincent C. La rééducation intensive des hystériques invétérés. *Bull Soc Méd Hôp Paris.* 1916:1198-208.
84. Roussy G, Boisseau J, d'Oelsnitz M. *Traitement des psychonévroses de guerre.* París: Masson; 1918.
85. Céline LF. *Voyage au bout de la nuit.* París: Denoël & Steele; 1932.
86. Adrian ED, Yealland JR. The treatment of some war neuroses. *Lancet.* 1917;i:867-72.
87. Brodie BC. *Lectures illustrative of certain nervous conditions.* Londres: Longman; 1837.
88. Crocq J. La psychiatrie de la Première Guerre Mondiale. Tableaux cliniques, options pathogéniques, doctrines thérapeutiques. *Ann Méd Psychol.* 2005;163:269-89.
89. Léry A. Centre neurologique de la 11e Armée. *Rev Neurol.* 1917;25:449-56.
90. Sollier P, Chartier, Rose F, Villandre C. *Traité clinique de neurologie de guerre.* París: Félix Alcan; 1918.
91. Micale MS. On the 'disappearance' of hysteria: a study in the clinical deconstruction of a diagnosis. *Isis.* 1993;84:496-526.
92. Tournay A. *La vie de Joseph Babinski.* Amsterdam: Elsevier; 1967.
93. Showalter E. *Hystories: hysterical epidemics and modern culture.* Londres: Picador; 1997.
94. Widlocher D, Dantchev N. Charcot et l'hystérie. *Rev Neurol.* 1994;150:490-97.
95. Stone J, Hewett R, Carson A, Warlow C, Sharpe M. The 'disappearance' of hysteria: historical mystery or illusion? *J R Soc Med.* 2008;101:12-8.
96. Yakovlev PI. Association pithiatio-organique. Origine, nature, portée clinique de l'élément pithiatique surajouté aux différents syndromes organiques principalement du système nerveux et la méthode d'observation objective du symptocomplexe pithiatio-organique. París: PUF; 1924.
97. Cojan Y, Waber L, Carruzzo A, Vuilleumier P. Motor inhibition in hysterical conversion paralysis. *Neuroimage.* 2009;47:1026-37.
98. Cojan Y, Waber L, Schwartz S, Rossier L, Forster A, Vuilleumier P. The brain under self-control: modulation of inhibitory and monitoring cortical networks during hypnotic paralysis. *Neuron.* 2009;62:862-75.