

Oliver Sacks

El hombre que confundió
a su mujer con un sombrero

Traducción de José Manuel Álvarez Flórez



EDITORIAL ANAGRAMA
BARCELONA

Título de la edición original:
The Man Who Mistook His Wife for a Hat
© Gerald Duckworth & Co.
Londres, 1985

*Revisión técnica del doctor F. Sabanés Magriñà, especialista en psiquiatría
y representante de la Sociedad Catalana de Psiquiatría*

Ilustración: Paul Slater, a partir de «La traición de las imágenes» de Magritte

Primera edición en «Argumentos»: marzo 2002
Primera edición en «Compactos»: enero 2009
Décima edición en «Compactos»: marzo 2015
Primera edición impresa en Argentina en «Compactos»: mayo 2013
Segunda edición impresa en Argentina en «Compactos»: abril 2015

Diseño de la colección: Julio Vivas y Estudio A
© De la traducción, José Manuel Álvarez Flórez, 2002
© Oliver Sacks, 1985
© EDITORIAL ANAGRAMA, S. A., 2002
Pedró de la Creu, 58
08034 Barcelona

ISBN: 978-84-339-7338-2
Depósito Legal: B. 35774-2011

La presente edición ha sido realizada
por convenio con Riverside Agency, S.A.C.

Impreso en Argentina
EL ATENEO GRUPO IMPRESOR S.A. -Comandante Spurr 631,
Avellaneda, Provincia de Buenos Aires

A Leonard Shengold, doctor en Medicina

PREFACIO

«Lo último que uno establece al escribir un libro», comenta Pascal, «es lo que debería exponer primero.» Así que, después de escribir, reunir y ordenar estos extraños relatos, tras elegir un título y dos epígrafes, he de examinar a continuación lo que he hecho... y por qué.

La duplicidad de los epígrafes y el contraste que ofrecen (el contraste, en rigor, del que habla Ivy McKenzie entre el médico y el naturalista) corresponden a una duplicidad indudable en mí: me siento a la vez médico y naturalista; y me interesan en el mismo grado las enfermedades y las personas; puede que sea también, aunque no tanto como quisiera, un teórico y un dramaturgo, me arrastran por igual lo científico y lo romántico, y veo constantemente ambos aspectos en la condición humana, y también en esa condición humana quintaesencial de la enfermedad... los animales contraen enfermedades pero sólo el hombre cae radicalmente enfermo.

Mi trabajo, mi vida, giran en torno a los enfermos... pero el enfermo y su enfermedad me hacen pensar cosas que de otro modo quizás no pensaría. Hasta el punto de que me veo forzado a preguntarme como Nietzsche: «En cuanto a la enfermedad: ¿no nos sentimos casi tentados a pensar si podríamos arre-

glárnoslas sin ella?»... y a considerar los interrogantes que plantea *fundamentales por naturaleza*. Mis pacientes me hacen cavilar constantemente, y mis cavilaciones me llevan constantemente a los pacientes, de modo que en las historias o estudios que siguen hay un trasiego continuo de una cosa a otra.

Estudios, sí, pero ¿por qué historias o casos? Fue Hipócrates quien introdujo el concepto histórico de enfermedad, la idea de que las enfermedades siguen un curso, desde sus primeros indicios a su clímax o crisis, y después a su desenlace fatal o feliz. Hipócrates introdujo así el historial clínico, una descripción o bosquejo de la historia natural de la enfermedad, que expresa con toda precisión el viejo término «patología». Tales historiales son una forma de historia natural... pero nada nos cuentan del individuo y de su historia; nada transmiten de la persona y de la experiencia de la persona, mientras afronta su enfermedad y lucha por sobrevivir a ella. En un historial clínico riguroso no hay «sujeto»; los historiales clínicos modernos aluden al sujeto con una frase rápida («hembra albina trisómica de 21»), que podría aplicarse igual a una rata que a un ser humano. Para situar de nuevo en el centro al sujeto (el ser humano que se aflige y que lucha y padece) hemos de profundizar en un historial clínico hasta hacerlo narración o cuento; sólo así tendremos un «quién» además de un «qué», un individuo real, un paciente, en relación con la enfermedad... en relación con el reconocimiento médico físico.

El yo esencial del paciente es muy importante en los campos superiores de la neurología, y en psicología; está implicada aquí esencialmente la personalidad del enfermo, y no pueden desmembrarse el estudio de la enfermedad y el de la identidad. Esos trastornos, y su descripción y estudio, constituyen, sin duda, una disciplina nueva, a la que podríamos llamar «neurología de la identidad», pues aborda los fundamentos nerviosos del yo, el viejo problema de mente y cerebro. Quizás haya de haber, inevitablemente, un abismo, un abismo categorial, entre

lo físico y lo psíquico; pero los estudios y los relatos, al pertenecer inseparablemente a ambos (y son éstos los que me fascinan en especial, y los que presento aquí, en realidad), sirven precisamente para salvar ese abismo, para llevarnos hasta la intersección misma de mecanismo y vida, a la relación entre los procesos fisiológicos y la biografía.

La tradición de relatos clínicos ricos en contenido humano conoció un gran auge en el siglo diecinueve y luego decayó, con la aparición de una ciencia neurológica impersonal. Luria decía: «La capacidad de describir, que tanto abundaba entre los grandes neurólogos y psiquiatras del siglo diecinueve, ha desaparecido casi totalmente... Hay que revivirla.» Él mismo intenta revivir la tradición perdida en sus últimas obras, en *La mente de un mnemonista* y en *El hombre con un mundo destrozado*. Por tanto los historiales clínicos de este libro se entroncan en una tradición antigua: la tradición decimonónica de que habla Luria; la tradición del primer historiador médico, Hipócrates; y esa tradición universal y prehistórica por la que los pacientes han explicado siempre su historia a los médicos.

Las fábulas clásicas tienen figuras arquetípicas: héroes, víctimas, mártires, guerreros. Los pacientes nerviosos son todas estas cosas... y en los extraños relatos que se cuentan aquí son también algo más. ¿En qué categoría emplazaríamos, en esos términos míticos o metafóricos, al «marinero perdido», o a los otros extraños personajes de este libro? Podemos decir que son viajeros que viajan por tierras inconcebibles... tierras de las que si no fuese por ellos no tendríamos idea ni concepción alguna. Precisamente porque me parece que sus vidas y periplos tienen el don de lo fabuloso he utilizado la imagen de *Las mil y una noches* como epígrafe, y me he visto forzado a hablar de relatos y fábulas además de casos. En esos territorios anhelan unirse el científico y el romántico (a Luria le gustaba hablar de «ciencia romántica»). Son territorios que se hallan en la intersección de hecho y de fá-

bula, esa intersección que caracteriza (lo mismo que en mi libro *Despertares*) las vidas de pacientes que se narran aquí.

¡Pero qué hechos! ¡Qué fábulas! ¿A qué las compararemos? Quizás no dispongamos de mitos, metáforas o modelos. ¿Ha llegado quizás el momento de nuevos mitos, de símbolos nuevos?

Ocho de los capítulos de este libro han sido publicados ya: «El marinero perdido», «Manos», «Los Gemelos» y «El artista autista» en *The New York Review of Books* (1984 y 1985) y «Ray, el *ticqueur* ingenioso», «El hombre que confundió a su mujer con un sombrero» y «Reminiscencia» en *The London Review of Books* (1981, 1983, 1984) donde la versión, más breve, del último se titulaba «Oídos musicales». «A nivel» se publicó en *The Sciences* (1985). Un relato muy primerizo de uno de mis pacientes (el «original» de Rose R. de *Despertares* y de la Deborah de Harold Pinter de *A Kind of Alaska*, inspirado por ese libro) puede encontrarse en «Nostalgia incontinente» (publicado en principio con el título de «Nostalgia incontinente inducida por L-Dopa» en el número de primavera de 1970 de *Lancet*). De mis cuatro «Fantasmas», los dos primeros se publicaron como «curiosidades clínicas» en el *British Medical Journal* (1984). Dos piezas cortas proceden de libros anteriores: «El hombre que se cayó de la cama» de *Con una sola pierna*, y «Las visiones de Hildegard» de *Migraña*. Las doce piezas restantes son inéditas y completamente nuevas, y se escribieron todas en el otoño y el invierno de 1984.

Tengo una deuda muy especial con mis revisores: primero con Robert Silvers de la *New York Review of Books* y con Mary-Kay Wilmers de la *London Review of Books*; luego con Kate Edgar, Jim Silberman de Summit Books de Nueva York, y Colin Haycraft de Duckworths de Londres, que tanto hicieron por dar forma a la versión final del libro.

Entre mis colegas los neurólogos he de manifestar mi especial gratitud hacia el difunto doctor James Purdon Martin, al que mostré videocintas de «Christina» y de «Mr. MacGregor» y

con el que analicé por extenso a estos pacientes; «La dama desencarnada» y «A nivel» son expresión de la deuda que con él contraí; al doctor Michael Kremer, mi antiguo «jefe» en Londres, que en respuesta a *Con una sola pierna* (1984) describió un caso suyo muy similar (están ahora agrupados en «El hombre que se cayó de la cama»); al doctor Donald Macrae, cuyo caso extraordinario de agnosia visual, casi cómicamente similar al mío, no llegó a descubrirse, accidentalmente, hasta dos años después de que hubiese escrito mi relato (se menciona resumido en la posdata de «El hombre que confundió a su mujer con un sombrero»); y muy especialmente a mi íntima amiga y colega la doctora Isabelle Rapin, de Nueva York, que analizó muchos casos conmigo; ella fue quien me presentó a Christina (la «dama desencarnada») y conocía desde hacía muchos años a José, el «artista autista», de cuando era niño.

Quiero agradecer también su generosidad y ayuda desinteresada a los pacientes (y en ocasiones a sus familiares) cuyas historias cuento aquí, que sabiendo (como sabían muchos) que no era posible ayudarlos directamente a ellos, permitieron de todos modos que explicase sus vidas (y hasta me animaron a hacerlo), con la esperanza de que otros pudieran aprender y comprender y ser capaces, quizás, un día, de curar. Los nombres y algunos detalles circunstanciales los he cambiado, lo mismo que en *Desperatares*, por razones de secreto profesional y personal, pero mi propósito ha sido preservar el «talante» esencial de sus vidas.

Deseo expresar, por último, mi gratitud (más que gratitud) a mi propio mentor y médico, al que dedico este libro.

O. W. S.
Nueva York,
10 de febrero de 1985

Hablar de enfermedades es una especie de entretenimiento de *Las mil y una noches*.

WILLIAM OSLER

El médico (a diferencia del naturalista) se ocupa... de un solo organismo, el sujeto humano, que lucha por mantener su identidad en circunstancias adversas.

IVY MCKENZIE

Primera parte

Pérdidas

INTRODUCCIÓN

La palabra favorita de la neurología es «déficit», que indica un menoscabo o incapacidad de la función neurológica: pérdida del habla, pérdida del lenguaje, pérdida de la memoria, pérdida de la visión, pérdida de la destreza, pérdida de la identidad y un millar de carencias y pérdidas de funciones (o facultades) específicas. Tenemos para todas estas disfunciones (otro término favorito) palabras negativas de todo género —afonía, afemia, afasia, alexia, apraxia, agnosia, amnesia, ataxia—, una palabra para cada función mental o nerviosa específica de la que los pacientes, por enfermedad, lesión o falta de desarrollo, pueden verse privados parcial o totalmente.

El estudio científico de la relación entre el cerebro y la mente comenzó en 1861, cuando Broca descubrió, en Francia, que las dificultades en el uso significativo del habla, la afasia, seguían inevitablemente a una lesión en una porción determinada del hemisferio izquierdo del cerebro. Esto abrió el camino a la neurología cerebral, y eso permitió, tras varias décadas, «cartografiar» el cerebro humano, adscribir facultades específicas (lingüísticas, intelectuales, perceptuales, etcétera) a «centros» igualmente específicos del cerebro. Hacia finales de siglo se hizo evidente para observadores más agudos (sobre todo Freud en su

libro *Afasia*) que este tipo de cartografía era demasiado simple, que las funciones mentales tenían todas una estructura interna intrincada y debían tener una base fisiológica igualmente compleja. Freud se planteaba esto en relación, sobre todo, con ciertos trastornos del reconocimiento y la percepción para los que acuñó el término «agnosia». En su opinión, para entender plenamente la afasia o la agnosia hacía falta una nueva ciencia, mucho más compleja.

Esa nueva ciencia del cerebro/mente que vislumbrara Freud afloró en la Segunda Guerra Mundial, en Rusia, como creación conjunta de A. R. Luria (y su padre, R. A. Luria), Leontev, Anokhin, Bernstein y otros, que la llamaron «neuropsicología». A. R. Luria consagró su vida al desarrollo de esta ciencia inmensamente fructífera, ciencia que tardó mucho en llegar a Occidente, considerando su importancia revolucionaria. La expuso, sistemáticamente, en una obra monumental, *Funciones corticales superiores en el hombre*, y, de una forma completamente distinta, en una biografía o «patografía», en *El hombre con un mundo destrozado*. Aunque estos libros eran casi perfectos a su manera, había todo un campo que Luria no había tocado siquiera. *Funciones corticales superiores en el hombre* abordaba sólo las funciones correspondientes al hemisferio izquierdo del cerebro; Zazetsky, sujeto de *El hombre con un mundo destrozado*, tenía asimismo una lesión enorme en el hemisferio izquierdo... el derecho estaba intacto. De hecho, la historia toda de la neurología y la neuropsicología puede considerarse una historia de la investigación del hemisferio izquierdo.

Un motivo importante de este menosprecio del hemisferio derecho, o «menor», como siempre se le ha llamado, es que si bien resulta fácil demostrar los efectos de lesiones de localización diversa en el lado izquierdo, los síndromes del hemisferio derecho son mucho menos claros. Se consideraba, en general de modo despectivo, que era más «primitivo» que el izquierdo, la

flor exclusiva de la evolución humana. Y así es, en cierto modo: el hemisferio izquierdo es más complejo y está más especializado, es una excrescencia muy tardía del cerebro primate, y sobre todo del homínido. Por otra parte, el hemisferio derecho es el que controla las facultades cruciales de reconocimiento de la realidad con que ha de contar todo ser vivo para sobrevivir. El hemisferio izquierdo es como una computadora adosada al cerebro básico del ser humano, está dotado de programas y esquemas; y la neurología clásica se interesaba más por los esquemas que por la realidad, por eso cuando afloraron por fin algunos de los síndromes del hemisferio derecho se consideraron extraños.

Había habido tentativas anteriores (Anton en la década de 1890 y Pötl en 1928, por ejemplo) de estudiar los síndromes del hemisferio derecho, pero esos intentos habían sido extrañamente ignorados también. En *The Working Brain*, uno de sus últimos libros, Luria dedicaba una sección, breve pero estimulante, a los síndromes del hemisferio derecho, y concluía:

Estas deficiencias, de las que no se ha hecho aún ningún estudio, nos remiten a uno de los problemas más fundamentales: el del papel del hemisferio derecho en la conciencia directa... El estudio de este campo, de suma importancia, no se ha abordado hasta el momento.... Será objeto de análisis detallado en una serie de artículos específicos... cuyo proceso de publicación ya está en marcha.

Luria escribió finalmente algunos de esos artículos, en los últimos meses de su vida, cuando estaba ya enfermo de muerte. No habría de verlos publicados, ni se publicarían en Rusia. Se los envió a R. L. Gregory, a Inglaterra, quien los publicó en su *Diccionario Oxford de la mente*.

Se suman aquí dificultades internas y externas. No es que sea difícil sino que es imposible que pacientes con ciertos síndro-

mes del hemisferio derecho perciban sus propios problemas (una peculiar y específica «anosagnosia», utilizando un término de Babinski). Y es sumamente difícil, hasta para el observador más sensible, imaginarse el estado interior, la «situación», de tales pacientes, pues ésta se halla casi inconcebiblemente alejada de todo lo que uno haya podido conocer. Los síndromes del hemisferio izquierdo son, por el contrario, relativamente fáciles de imaginar. Aunque sean tan frecuentes los síndromes de un hemisferio como los del otro (¿por qué no habrían de serlo?) hallaremos un millar de descripciones de los correspondientes al izquierdo en la literatura neurológica y neuropsicológica por cada descripción de un síndrome del derecho. Es como si esos síndromes fuesen, en cierto modo, ajenos al carácter mismo de la neurología. Y sin embargo son, como dice Luria, de fundamental importancia. Y en tal medida que quizás exijan un nuevo tipo de neurología, una ciencia «personalista» o (como le gustaba decir a Luria) «romántica», pues afloran aquí, para que los estudiemos, los fundamentos físicos de la persona, el yo. Luria creía que el mejor modo de introducir una ciencia de este género era a través de un relato, de un historial clínico detallado de un individuo con un trastorno profundo del hemisferio derecho, un historial clínico que fuese al mismo tiempo complementario y opuesto al del «hombre con un mundo destrozado». En una de las últimas cartas que me escribió, me decía: «Publica esos historiales, aunque sólo sean esquemas. Es un campo lleno de prodigios.» He de confesar que a mí me intrigan de un modo especial estos trastornos, pues abren, o prometen, campos apenas imaginados hasta el momento, que nos muestran una neurología y una psicología más abiertas y amplias, emocionantemente distintas a la neurología del pasado, más bien rígida y mecánica.

Así pues, lo que ha atraído mi interés, más que los déficits en un sentido tradicional, han sido los trastornos neurológicos que afectan al yo. Dichos trastornos pueden ser de varios tipos

(y no sólo pueden deberse a menoscabos de la función sino también a excesos) y parece razonable considerar por separado las dos categorías. Pero hemos de decir desde el principio que una enfermedad no es nunca una mera pérdida o un mero exceso, que hay siempre una reacción por parte del organismo o individuo afectado para restaurar, reponer, compensar, y para preservar su identidad, por muy extraños que puedan ser los medios; y una parte esencial de nuestro papel como médicos, tan esencial como estudiar el ataque primario al sistema nervioso, es estudiar esos medios e influir en ellos. Ivy McKenzie expuso esto con gran vigor:

Porque ¿qué es lo que constituye una «entidad de enfermedad» o una «nueva enfermedad»? El médico no se ocupa, como el naturalista, de una amplia gama de organismos diversos teóricamente adaptados de un modo común a un entorno común, sino de un solo organismo, el sujeto humano, que lucha por preservar su identidad en circunstancias adversas.

Esta dinámica, esta «lucha por preservar la identidad», por muy extraños que sean los medios o las consecuencias de tal lucha, fue admitida hace mucho en psiquiatría, y, como tantas otras cosas, se asocia sobre todo con la obra de Freud. Así, éste, consideraba los delirios de la paranoia no como algo primario sino como tentativas, aunque descaminadas, de restablecer, de reconstruir un mundo reducido al caos absoluto. Siguiendo exactamente esa tónica, Ivy McKenzie escribió:

La patología fisiológica del síndrome de Parkinson es el estudio de un *caos organizado*, un caos provocado en primer término por la destrucción de integraciones importantes; y reorganizado sobre una base inestable en el proceso de rehabilitación.

Mientras *Despertares* era el estudio de un «caos organizado» producido por una enfermedad única aunque multiforme, lo que sigue es una serie de estudios similares de los casos organizados debidos a una gran variedad de enfermedades.

El caso más importante en esta primera sección, «Pérdidas», es, en mi opinión, el de una forma especial de agnosia visual: «El hombre que confundió a su mujer con un sombrero». Lo considero de vital importancia. Casos como éste ponen en entredicho las bases mismas de uno de los axiomas o supuestos más enraizados de la neurología clásica: en concreto, la idea de que la lesión cerebral, *cualquier* lesión cerebral, reduce o elimina la «actitud abstracta y categórica» (en expresión de Kurt Goldstein), reduciendo al individuo a lo emotivo y lo concreto. (Hughlings Jackson expuso una tesis muy similar en la década de 1860.) Ahora, en el caso del doctor P., veremos el *opuesto* mismo de eso: un hombre que ha perdido del todo (aunque sólo en la esfera de lo visual) lo emotivo, lo concreto, lo personal, lo «real»... y ha quedado reducido, digamos, a lo abstracto y categorial, con consecuencias particularmente disparatadas. ¿Qué habrían dicho de *esto* Hughlings Jackson y Goldstein? He imaginado muchas veces que les pedía que examinaran al doctor P. y luego les decía: «¿Qué me dicen *ahora*, caballeros?»

1. EL HOMBRE QUE CONFUNDIÓ A SU MUJER CON UN SOMBRERO

El doctor P. era un músico distinguido, había sido famoso como cantante, y luego había pasado a ser profesor de la Escuela de Música local. Fue en ella, en relación con sus alumnos, donde empezaron a producirse ciertos extraños problemas. A veces un estudiante se presentaba al doctor P. y el doctor P. no lo reconocía; o, mejor, no identificaba su cara. En cuanto el estudiante hablaba, lo reconocía por la voz. Estos incidentes se multiplicaron, provocando situaciones embarazosas, perplejidad, miedo... y, a veces, situaciones cómicas. Porque el doctor P. no sólo fracasaba cada vez más en la tarea de identificar caras, sino que veía caras donde no las había: podía ponerse, afablemente, a lo Magoo, a dar palmaditas en la cabeza a las bocas de incendios y a los parquímetros, creyéndolos cabezas de niños; podía dirigirse cordialmente a las prominencias talladas del mobiliario y quedarse asombrado de que no contestasen. Al principio todos se habían tomado estos extraños errores como gracias o bromas, incluido el propio doctor P. ¿Acaso no había tenido siempre un sentido del humor un poco raro y cierta tendencia a bromas y paradojas tipo zen? Sus facultades musicales seguían siendo tan asombrosas como siempre; no se sentía mal... nunca en su vida se había sentido mejor; y los errores eran tan ridícu-

los (y tan ingeniosos) que difícilmente podían considerarse serios o presagio de algo serio. La idea de que hubiese «algo raro» no afloró hasta unos tres años después, cuando se le diagnosticó diabetes. Sabiendo muy bien que la diabetes le podía afectar a la vista, el doctor P. consultó a un oftalmólogo, que le hizo un cuidadoso historial clínico y un meticuloso examen de los ojos. «No tiene usted nada en la vista», le dijo. «Pero tiene usted problemas en las zonas visuales del cerebro. Yo no puedo ayudarle, ha de ver usted a un neurólogo.» Y así, como consecuencia de este consejo, el doctor P. acudió a mí.

Se hizo evidente a los pocos segundos de iniciar mi entrevista con él que no había rastro de demencia en el sentido ordinario del término. Era un hombre muy culto, simpático, hablaba bien, con fluidez, tenía imaginación, sentido del humor. Yo no acababa de entender por qué lo habían mandado a nuestra clínica.

Y sin embargo había algo raro. Me miraba mientras le hablaba, estaba orientado hacia mí, y, no obstante, había algo que no encajaba del todo... era difícil de concretar. Llegué a la conclusión de que me abordaba con los oídos, pero no con los ojos. Éstos, en vez de mirar, de observar, hacia mí, «de fijarse en mí», del modo normal, efectuaban fijaciones súbitas y extrañas (en mi nariz, en mi oreja derecha, bajaban después a la barbilla, luego subían a mi ojo derecho) como si captasen, como si estudiaran incluso, esos elementos individuales, pero sin verme la cara por entero, sus expresiones variables, «a mí», como totalidad. No estoy seguro de que llegase entonces a entender esto plenamente, sólo tenía una sensación inquietante de algo raro, cierto fallo en la relación normal de la mirada y la expresión. Me veía, me registraba, y sin embargo...

—¿Y qué le pasa a usted? —le pregunté por fin.

—A mí me parece que nada —me contestó con una sonrisa—, pero todos me dicen que me pasa algo raro en la vista.

–Pero usted no nota ningún problema en la vista.

–No, directamente no, pero a veces cometo errores.

Salí un momento del despacho para hablar con su esposa. Cuando volví, él estaba sentado junto a la ventana muy tranquilo, atento, escuchando más que mirando afuera.

–Tráfico –dijo–, ruidos callejeros, trenes a lo lejos... componen como una sinfonía, ¿verdad, doctor? ¿Conoce usted *Pacific 234* de Honegger?

Qué hombre tan encantador, pensé. ¿Cómo puede tener algo grave? ¿Me permitirá examinarle?

–Sí, claro, doctor Sacks.

Apacigüé mi inquietud, y creo que la suya, con la rutina tranquilizadora de un examen neurológico: potencia muscular, coordinación, reflejos, tono... Y cuando examinaba los reflejos (un poco anormales en el lado izquierdo) se produjo la primera experiencia extraña. Yo le había quitado el zapato izquierdo y le había rascado en la planta del pie con una llave (un test de reflejos frívolo en apariencia pero fundamental) y luego, excusándome para guardar el oftalmoscopio, lo dejé que se pusiera el zapato. Comprobé sorprendido al cabo de un minuto que no lo había hecho.

–¿Quiere que le ayude? –pregunté.

–¿Ayudarme a qué? ¿Ayudar a quién?

–Ayudarle a usted a ponerse el zapato.

–Ah, sí –dijo–, se me había olvidado el zapato. –Y añadió, *sotto voce*–: ¿El zapato? ¿El zapato?

Parecía perplejo.

–El zapato –repetí–. Debería usted ponérselo.

Continuaba mirando hacia abajo, aunque no al zapato, con una concentración intensa pero impropia. Por último posó la mirada en su propio pie.

–¿Éste es mi zapato, verdad?

¿Había oído mal yo? ¿Había visto mal él?

—Es la vista —explicó, y dirigió la mano hacia el pie—. *Éste* es mi zapato, ¿verdad?

—No, no lo es. Ése es el pie. El zapato está *ahí*.

—¡Ah! Creí que era el pie.

¿Bromeaba? ¿Estaba loco? ¿Estaba ciego? Si aquél era uno de sus «extraños errores», era el error más extraño con que yo me había tropezado en mi vida.

Le ayudé a ponerse el zapato (el pie), para evitar más complicaciones. Él, por otra parte, estaba muy tranquilo, indiferente, hasta parecía haberle hecho gracia el incidente. Seguí con el examen. Tenía muy buena vista: veía perfectamente un alfiler puesto en el suelo, aunque a veces no lo localizaba si quedaba a su izquierda.

Veía perfectamente, pero ¿qué veía? Abrí un ejemplar de la revista *National Geographic* y le pedí que me describiese unas fotos.

Las respuestas fueron en este caso muy curiosas. Los ojos iban de una cosa a otra, captando pequeños detalles, rasgos aislados, haciendo lo mismo que habían hecho con mi rostro. Una claridad chocante, un color, una forma captaban su atención y provocaban comentarios... pero no percibió en ningún caso la escena en su conjunto. No era capaz de ver la totalidad, sólo veía detalles, que localizaba como señales en una pantalla de radar. Nunca establecía relación con la imagen como un todo... nunca abordaba, digamos, su fisonomía. Le era imposible captar un paisaje, una escena.

Le enseñé la portada de la revista, una extensión ininterrumpida de dunas del Sahara.

—¿Qué ve usted aquí? —le pregunté.

—Veo un río —dijo—. Y un parador pequeño con la terraza que da al río. Hay gente cenando en la terraza. Veo unas cuantas sombrillas de colores.

No miraba, si aquello era «mirar», la portada sino el vacío,