

es un hecho muy interesante — va acompañada de alucinaciones visuales de un lado, que representan una figura de niño perfectamente determinado, que el enfermo no recuerda haber visto jamás

Según Oppenheim, la hemionopia bilateral oscilante, por lesión del kiasma, es debida á la sífilis.

Una vez comprobado el fenómeno, requiere ser localizado en una parte determinada del trayecto de las fibras ópticas.

Dícese que, como regla general, la hemianopia, cuya causa se halla situada por debajo, al nivel de los centros ganglionares, va acompañada de la pérdida del reflejo pupilar á la luz, cuando se proyecta un rayo luminoso sobre la semiretina correspondiente á la lesión; es la reacción pupilar hemióptica ó hemiretiniana. Es necesario saber que el reflejo de la pupila para la luz puede faltar por efecto de una afección concomitante, por ejemplo, la tabes. Así, según

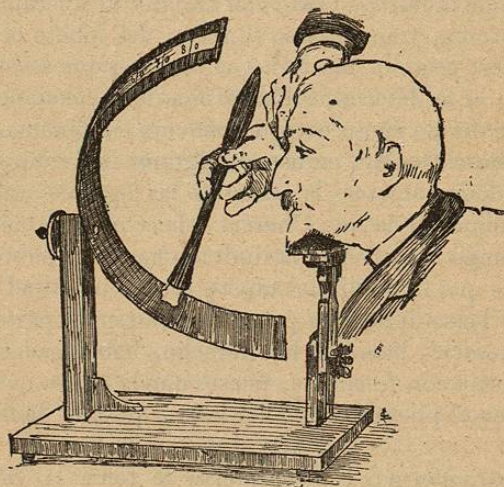


Fig. 27. — Medida de los diámetros del campo visual.

Blocq y Onanoff, la hemianopia homónima incompleta con escotomas perfectamente simétricos y conservación de la agudeza visual central, debe atribuirse á una lesión hemisférica aun cuando falte el reflejo pupilar á la luz. «Esta simetría tendrá un valor diagnóstico real, si este género de hemianopia se presenta en un sujeto tabético ó en uno que padezca oftalmoplegia interna ó total».

La hemianopia incompleta, ó escotoma perfectamente simétrico con ceguera verbal, permitirá también localizar la lesión en la corteza ó en la capa subcortical del cerebro, teniendo en cuenta que sólo la hemianopia derecha es la que se complica de ceguera verbal, exceptuando, al menos teóricamente, á los zurdos.

«Puede dividirse la vía óptica, desde las cintas hasta la corteza del lóbulo occipital, en tres partes (Wernicke): la primera comprende el trayecto del hacesillo medular sagital en el lóbulo occipital: *hemionopia homónima*, sin otro fenómeno central; la segunda comprende el punto de emergencia del hacesillo medular sagital en la cápsula interna y los ganglios terminales de las cin-

tas, á saber: el pulvinar y el cuerpo geniculado externo: *hemionopia con hemianestesia*; la tercera comprende las cintas ópticas durante su trayecto en la base: *hemionopia con hemiplegia*» (Hirt).

Si la hemianopia va acompañada de parálisis ocular, y esto ocurrirá las más de las veces del mismo lado como los accidentes anteriores, se sospechará una lesión de la cinta óptica.

Todas las hemianopias monoculares y binoculares heterónimas, son debidas á lesiones del nervio óptico y del kiasma (Blocq y Onanoff).

No vamos hacer aquí el diagnóstico de la naturaleza de la causa de la hemianopia.

La hemianopia puede curar (hemorragia, sífilis), pero las más de las veces permanece estacionaria, si bien hemos visto que puede ser transitoria ú oscilante; su principio es brusco.

Réstanos añadir dos palabras de la hemianopia doble ó ceguera cortical ó anopsia cortical. Si la hemianopsia se produce sucesivamente de ambos lados en dos tiempos, como sucede casi siempre, la primera puede permanecer ignorada hasta el día que se produzca la segunda (Observación III de Chauffard). Por lo tanto, la anopsia cortical puede realizarse en un tiempo por lesión simultánea de los dos lóbulos occipitales (caso de Bouveret).

La ceguera cortical está en relación con la destrucción del centro de las percepciones visuales; pero el centro de los recuerdos visuales puede permanecer intacto (pliegue curvo) y en este caso persiste «la facultad de recordar las impresiones visuales anteriormente percibidas», y hasta puede también haber alucinaciones visuales de origen central.

La ceguera cortical puede ser transitoria (Seguin) en la jaqueca, así como también en las intoxicaciones, tales como la uremia y la eclampsia puerperales (Cauffard) (1).

La *ceguera psíquica* es muy diferente de la ceguera cortical: es precisamente la pérdida del recuerdo de las imágenes ópticas; es, en otros términos, para los objetos, lo que la ceguera verbal para las palabras.

Ceguera psíquica con hemianopia. — H. Wilbrand (2) cita un caso de doble lesión del lóbulo occipital con hemianopia doble y homóloga, en la cual las alteraciones destructoras interesan partes diferentes de este lóbulo. El individuo, á pesar de la ceguera psíquica, es decir, á pesar de la incapacidad de reconocer la significación de los objetos que se le presentaban, conservaba la facultad de representarse con los ojos cerrados los mismos objetos. Veía bien que le presentaban un objeto, pero que dicho objeto nada le decía, nada sabía de él, ni aun siquiera su uso. Y cuando se le preguntaba si sabía en qué consistía este objeto, hallándose con los ojos cerrados, lo veía en su imaginación, gracias á la excitación ejercida sobre el centro de la memoria visual por el estímulo auditivo del objeto enunciado.

Los hechos de este género, aunque muy insuficientemente estudiados, desde el punto de vista de la localización anatómica, parece verdaderamente demostrar la independencia y autonomía del centro de la *percepción visual* y del centro de la *memoria visual*, ambos situados cerca de la punta occipital, bastante

(1) Chauffard, *Rev. de méd.*, 1888.

(2) *Deutsche Zeitschr. für Nervenheilkunde*, Bd. II. Hft. 5 et 6.

próximos uno de otro, hallándose cada centro de percepción en conexión con el centro de la memoria del mismo hemisferio y del hemisferio opuesto. Según el punto y extensión de una destrucción cortical ó subcortical, se puede concebir tal complicación de la hemiopia que consiste en una pérdida de la percepción visual, ó en una pérdida de la memoria visual, ya simple, ya doble. Volveremos á ocuparnos de este asunto, al tratar de la afasia sensorial.

CAPÍTULO VII

AFASIA

Cuando el neologismo afasia (*ἀφασία*, α privativo, *φάσις* palabra) fue introducido por Trousseau en la nomenclatura médica, parecía que no significaba otra cosa que la imposibilidad de *expresar* el pensamiento por medio de las palabras. El uso que hoy día hacemos de él, se aplica á un grupo de trastornos funcionales «que comprende todas las modificaciones tan variadas, y á veces tan sutiles, que puede presentar en el estado patológico la facultad que posee el hombre de expresar por signos su pensamiento (*Facultas signatrix* de Kant)» (1).

La historia de esta palabra, creada ayer, es ya larga. Los sinónimos ó los equivalentes que han intentado sustituirle desde el origen, atestiguan la importancia que se atribuía á la definición del nuevo síntoma: *afasia*, *afemia*, *afrasia*, *alalia*, *amnesia*, han sido empleados ó propuestos sucesivamente, pero el único que de ellos ha sobrevivido es el de afasia; el uso «árbitro soberano, lo ha consagrado», pero no le queda nada de su valor etimológico desde el día en que ha servido para designar «la falta de adaptación de la palabra á la idea», en todas las condiciones en que la patología cerebral realiza este defecto de adaptación. Un hombre que, á pesar de la integridad funcional de su lengua y de su laringe es incapaz de pronunciar su propio nombre, aun cuando lo recuerde, aun cuando *se lo diga* mentalmente asimismo, y aun cuando se halle en estado de escribirlo espontáneamente, este hombre es un afásico. La acepción etimológica, en este caso, es rigurosa. Pero es también afásico, aquel que no estando paralizado, no sabe expresar su pensamiento por la escritura, hasta el punto de no poder firmar su nombre, el nombre que conoce mejor, que distingue entre los demás y que él mismo pronuncia imperturbable. Es también afásico el que no siendo sordo, no comprende su lengua nativa, no sospecha más que el nombre que se pronuncia y que oye ser su propio nombre, aun cuando sepa pronunciarlo, leerlo y escribirlo correctamente. Por último, es también afásico cualquiera que haya olvidado la significación de las palabras escritas, no sepa ya leer ni aun su propia escritura, ni aun el nombre patronímico que acaba de firmar con su propia mano.

La afasia es todo esto, y como se ve, lejos de presentarse invariablemen-

(1) Charcot, *Progrés médical*, 1883, p. 441.

te idéntica asimismo, guarda bajo cada una de sus formas una unidad genérica innegable, puesto que consiste siempre en la *falta de adaptación de la palabra á la idea*. Ya se trate de expresar una idea ó de concebirla, á todo objeto, á toda acción ó á toda cosa, corresponde una idea simple ó compleja que puede ser representada por una palabra ó por un grupo de ellas. La palabra, pronunciada ó escrita, es el símbolo de la idea, el equivalente de la idea misma; es la *representación material* en el sentido estricto y literal, puesto que «el sentido literal de representar es *hacerse presente*». La palabra *hace presente* en el cerebro del hombre la idea del objeto, de la acción ó de la cosa, de la que es equivalente. La falta de adaptación de la palabra á la idea, es pues la desaparición de esta equivalencia; y, cualquiera que sea la variedad de afasia, entre las que acabamos de indicar, siempre el trastorno morboso se reduce á la imposibilidad de adaptar la palabra á la idea que esta palabra, símbolo convenido, *representa*. Así, habrá afásico que no sabrá expresar por medio de sonidos articulados las ideas por él concebidas; otro no sabrá traducirlas por el equivalente de la palabra hablada ó sea la palabra escrita; otro no podrá adaptar la palabra que oye á la idea que dicha palabra representa en el cerebro de su interlocutor, y otro, en fin, no adaptará la palabra escrita, equivalente de la palabra hablada, á la idea que la palabra escrita representa en el cerebro del que la ha escrito.

Como vemos, los casos son bien diferentes, pero la misma ley les ha regido, y el gran mérito de Broca ha consistido en haber diferenciado estos casos y formulado esta ley en términos que apenas es posible modificar: la afasia es la falta de la adaptación de la palabra á la idea. Y si bien es cierto que dicha definición es casi perfecta, puédese, en rigor, hacérsele dos objeciones: que no es suficientemente explícita y que no es bastante general.

Vemos por qué no es suficientemente explícita.

El afásico que no puede expresar *verbalmente* las ideas que concibe, ha perdido ciertamente la facultad de adaptar la palabra á la idea, y lo mismo sucede á aquel que no puede manifestar su pensamiento por medio de la escritura. Pero el afásico que no puede adaptar las palabras que *oye* á la idea que estas palabras representan en el cerebro de su interlocutor, no ha perdido por esto la facultad de adaptar las mismas palabras á sus propias ideas. Otro tanto sucede con aquel que no sabe escribir, es decir, que no adapta las palabras que *ve* á las ideas que estas palabras representan en el cerebro del que las ha pronunciado, aun cuando este mismo afásico esté en estado de escribirlas. En estos dos últimos casos, no se trata de la imposibilidad de adaptar las palabras á las ideas que se conciben, sino de la imposibilidad de adaptar las ideas á las palabras que se oyen y se ven, es decir, á las ideas por otro concebidas. Si la falta de adaptación es en apariencia la misma, es en realidad diferente, puesto que el trastorno consiste en la incapacidad, no ya de manifestar su pensamiento, sino de comprender el de otro. En el primer caso, hay falta de adaptación de la palabra á la idea; en el segundo, hay falta de adaptación de la idea á la palabra. En otros términos, el afásico en el primer caso nada puede dar, en el segundo nada puede recibir. La palabra, en virtud de una convención especial para cada idioma, es como un valor ficticio, moneda corriente del pensamiento. Para que esta moneda *represente* efectivamente el pensamien-