

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-

to, es preciso que sus caracteres, su peso, sus dimensiones, su efigie, el conjunto de sus signos, sean conocidos de todos aquellos que los emplean en sus operaciones, sus cambios, su comercio intelectual. Para el afásico que no puede hablar, que no puede escribir, este comercio resulta imposible. Los sonidos inarticulados del primero, los garabatos ilegibles del segundo, nada de común tienen con las palabras pronunciadas ó escritas, que son el valor representativo del pensamiento, é igual imposibilidad para el afásico que no comprende el valor representativo de las palabras que oye ó de las que ve. Es una moneda que no conoce y que rechaza.

Desde el origen, fue perfectamente establecida esta distinción por Broca é ingeniosamente expuesta por Trousseau, viniendo á ser el punto de partida de la primera clasificación racional de los trastornos del lenguaje, el día en que Wernicke demostró que las lesiones corticales son diferentes en el afásico que no expresa su pensamiento y en el que no comprende el de los otros. El primer género de afasia fue llamado *afasia de transmisión ó afasia motora*, y el segundo *afasia de recepción ó sensorial*. Cada uno de estos géneros fue separado en dos grupos:

La afasia de transmisión ó motora comprende la afasia de *articulación ó afemia*, y la afasia *gráfica ó agrafia*.

La afasia de recepción comprende la *afasia auditiva ó sordera verbal* y la *afasia visual ó ceguera verbal*.

Así quedó establecida, provisionalmente, la división de las formas clínicas de la afasia, división incompleta, aunque lógica, y siempre conforme á la definición: falta de la adaptación de la palabra á la idea y de la idea á la palabra.

Veamos ahora por qué esta definición resulta poco comprensible.

Los *símbolos* son órdenes muy diversas. Las cifras, los caracteres algebraícos, las notas musicales, las escalas termométricas ó barométricas, las horas del cuadrante y otros muchos signos, son otras tantas *representaciones de ideas* cuyo recuerdo puede perderse. Los signos convenidos de la mímica expresiva, los movimientos de cabeza que expresan la afirmación ó la negación, los tonos vocales de interrogación, de admiración, de reticencia, etc., etc., son igualmente símbolos, cuyo *olvido* debe figurar en la definición del síntoma, ya se trate de expresarlos, ya de comprenderlos. El estudio general de las afasias correspondientes, ha sido hecho de mano maestra por Gilbert Ballet, en su notable opúsculo sobre el *lenguaje interior*.

Sordera verbal. — Kussmaul ha dado este nombre á la pérdida de la memoria de las palabras oídas, ó más bien de la significación de las palabras. Wernicke, á quien se debe el haber diferenciado esta «afasia sensorial» de la afemia, la considera como el tipo de la afasia de recepción, de lo cual hemos hablado ya en el capítulo de las *localizaciones cerebrales*. Ciertamente es que al perder la memoria de la significación de las palabras oídas, se pierden la mayor parte de las imágenes auditivas; pero las palabras no son los únicos *signos* auditivos del pensamiento. Toda una serie de sonidos coordinados y metódicos son equivalentes de ideas; el timbre del reloj, el silbido de la máquina, en una palabra, todos los signos, llamados en general *señales*, tienen una *significación*, cuya pérdida en estado patológico, revela una afasia. Hay, pues, independientemente de esta sordera verbal, tantas sorderas como géneros de

sonidos simbólicos representativos de una ú otra idea hay en nuestro espíritu.

Resulta de aquí que la sordera verbal, ó cualquiera otra del mismo orden, nada tiene de común con la sordera propiamente dicha, puesto que el oído no está alterado y puesto que es independiente del estado normal ó morboso del oído, y sin embargo de esto, ha permanecido confundida con la sordera orgánica, hasta el día en que Baillarger reconoció, el primero, su existencia y su autonomía. La distinción no era fácil de hacer, y esto excusa en parte á los otólogos quienes, á excepción de Troeltsch, jamás sospecharon que se podía ser sordo para el lenguaje, sin serlo para lo demás. El trabajo de Wernicke (1), que data de veinte años, ha creado un interesantísimo capítulo de patología, y las publicaciones que le han sucedido, entre otras una notable revista crítica de Seppilli, han inaugurado una nueva era á la fisiología patológica del *en-céfalo*.

SINTOMATOLOGÍA.—El sujeto que padece sordera verbal, oye la voz y las palabras como un sonido vago é indistinto que se pierde ó se confunde en medio de otros sonidos. Reconoce estos últimos y los atribuye su significación real; tan sólo el lenguaje humano nada le dice. He ahí lo que caracteriza la sordera verbal en su conjunto, pero es necesario establecer categorías:

En la primera figuran los enfermos que perciben la voz que les habla, que se *vuelven* cuando se les llama, que no dudan de que se les habla. Se vuelven porque han oído *ruido*.

A la segunda pertenecen aquellos que comprenden que *se habla*, pero que no comprenden lo que *se dice*. Su idioma nativo parece como que resuena en sus oídos como un idioma extraño ó desconocido.

La tercera categoría, en fin, debe reservarse para aquellos que, conociendo el idioma que se les habla, son capaces de repetir lo que se les dice, pero que no comprenden lo que se les dice, ni lo que repiten.

Estas tres categorías son forzosamente esquemáticas, no se refieren más que á hechos de una pureza irreprochable. Antes al contrario, las tres modalidades clínicas del síndrome coexisten las más de las veces en el mismo individuo y la complejidad del conjunto varía, primero, según la localización anatómica y después, según la fecha de la enfermedad, el momento del día y, sobre todo, según las palabras ó las frases que se pronuncian. La sordera verbal es, en efecto, rara vez completa, puesto que son aún interpretadas varias palabras, algunos monosílabos. El análisis de los trastornos morbosos es tanto más difícil y delicado, cuanto que el paciente sufre casi siempre una hemiplejía derecha y, por lo tanto, se encuentra en la casi absoluta imposibilidad de manifestar sus impresiones por medio de la escritura. En fin, no es raro el que á la sordera verbal vaya unido cierto grado de ceguera verbal.

Los enfermos que no dudan que el sonido de la voz articulada que oyen corresponde á un lenguaje, son, en general, silenciosos, apáticos y como estúpidos. No hablan, *no se oyen cuando hablan*; los sonidos coordinados de fonación que emiten son vibraciones de las cuales no tienen ni siquiera idea. «El estado de alma» que una situación semejante crea, tiene algo de indescifrable y que no puede verdaderamente sospecharse.

(1) Die aphasische Symptomencomplex, Breslau, 1874.

Los que comprenden que se les habla, pero que no comprenden lo que se les dice, conservan por lo menos la idea de que se quiere entablar conversación con ellos. Hacen esfuerzos por comprender el pensamiento de su interlocutor (1), creen adivinarle, y como no han perdido la facultad de expresarse, dan las respuestas más variadas, si bien muchas veces sin relación alguna con la pregunta que se les ha hecho. Su fisonomía revela el deseo que tienen de comprender; no tienen la mirada impasible de aquellos que no saben que se les habla. Su locución, por lo demás, es forzosamente muy defectuosa. Algunos son afónicos, en virtud de una lesión concomitante de los centros motores del lenguaje; pero fuera de esta complicación, cuyo mecanismo es de los más simples, la afemia se explica fácilmente. Si un sujeto, gracias á una aptitud personal, piensa *auditivamente*, es decir, si no piensa más que por los sonidos que deben expresar su pensamiento, si se habla mentalmente á sí mismo su pensamiento, á medida que lo va expresando, es seguro que el día en que pierda la memoria de la significación de las palabras, perderá al mismo tiempo la facultad de hablar correctamente (2).

Este mismo enfermo, sin embargo, puede aún hablar; no ha olvidado las imágenes motoras de las palabras hasta el punto de que le sea imposible pronunciarlas; pero, para decir las cosas más sencillas, se encuentra inmediatamente en una situación que le detiene. A una pregunta hecha por escrito, y que comprende, puesto que no padece ceguera verbal, responde en alta voz. La respuesta le es dictada por la revelación de sus imágenes motoras. Sabe bien que habla, se oye cuando habla y no comprende *auditivamente* su respuesta. Se halla en la misma situación que un violinista al que se le pidiese por escrito que ejecutase un aire que sabe de memoria, «que sabe al dedillo» y que, á medida que ejecuta el trozo, se pregunta si es realmente dicho trozo el que ejecuta. No lo reconoce. La memoria de los movimientos combinados de la pulsación le permiten ejecutarlo aún; pero el oído no le sirve para medir los tonos, los intervalos, el ritmo y comprobar incesantemente la acción de los dedos, se embrolla, no sabe ya dónde se halla y se detiene. Todo enfermo de sordera verbal tiene, por lo demás, mucha menos dificultad para expresar su pensamiento por medio de la escritura, que por la palabra, hallándose siempre más propicio á escribir que á hablar.

Los que reconocen la lengua que se les habla, que son capaces de repetir lo que se les dice, pero que no comprenden ni lo que se les dice, ni lo que ellos repiten, son como esas cotorras á las cuales la educación ha creado una serie de imágenes auditivas complejas que corresponden á ideas que no tienen, pero la imagen auditiva queda intacta, permanece en relación directa con la imagen motora. La conexión es tan estrecha, que el sonido articulado percibido por el enfermo es inmediatamente traducido en un sonido articulado que repite ó repercute como un eco. Así, la repetición en alta voz del eco articulado, puede dar origen de repente á la idea que la palabra expresa, si el centro de la memoria de los movimientos de la voz articulada, se halla aún relacionada á los centros sensoriales de la audición todavía indemnes. Esta última variedad de sordera verbal, ha sido llamada sordera psíquica de las palabras, de-

(1) Seppilli, *Loc. cit.*, observ. I.

(2) Wernicke, *Observ. I*; *loc. cit.*

nominación justa, puesto que la memoria de adaptación de la idea de una cosa al sonido articulado que representa esta cosa, es la única que falta.

Acabamos de ver que la sordera verbal es á menudo incompleta, pero debemos añadir que, á veces, es parcial y sistemáticamente limitada á la memoria auditiva de un idioma. Un enfermo de Oré «no respondía más que cuando se le hablaba en patois. No comprendía cuando se le hablaba en francés. De igual modo, un ruso, observado por Charcot, no entendía sino muy difícilmente el alemán, en tanto que comprendía el francés y el ruso» (1).

Todo lo que acabamos de exponer respecto á la sordera, propiamente dicha, puede ser aplicado á la sordera musical ó *amusia receptiva*, y á toda variedad de sordera en que el órgano del oído funciona, mientras que la adaptación del sonido convencional á la idea que este sonido expresa ha llegado á ser imposible. Concíbese, pues, que deben existir, teóricamente, tantas sorderas especiales como variedades de símbolos auditivos hay. No se terminaría nunca, si se las estudiase separadamente.

Las más comunes y las mejor conocidas son las sorderas de los sonidos musicales y la de los nombres de los números.

MARCA Y DIAGNÓSTICO.— La sordera verbal puede ser definitiva, pero á menudo se contiene en cierto límite. Siendo imposible la reeducación del centro cortical destruido por la lesión, es preciso admitir que el enfermo recupera la facultad de comprender lo que se le dice, gracias á la intervención de los otros centros sensoriales. Se ha observado que los individuos que padecen sordera verbal comprenden, sobre todo, á las personas que les hablan á menudo. Un enfermo de Charcot conseguía comprender, pero á condición de que se le repitiese varias veces las cosas y de que se tuviese cuidado de señalar bien las personas que le hablasen. Es el centro visual, que en tales casos suple al centro auditivo. El paciente ve los movimientos de los labios; estos movimientos corresponden, en su espíritu, no á la voz articulada del interlocutor, sino á la revelación de las imágenes motoras similares que la articulación de las mismas palabras exigen en sí mismo. La comprensión necesita, pues, en este enfermo, como en el sordo-mudo, una gran atención visual, y el resultado, á pesar de todo, es muy imperfecto.

El diagnóstico de la sordera verbal, cuando el individuo no es afémico, no lleva otra dificultad que la que resulta de su profunda indiferencia á los estímulos verbales. Se le toma por un sordo cualquiera. Cuando se ha dado cuenta de que los ruidos sin significación son percibidos, el diagnóstico queda hecho. Cuando la sordera verbal va complicada de afemia y además de ceguera verbal (esta última complicación es excepcional), cuesta mucho trabajo pronunciarse entre la alternativa siguiente: sordera *aparente* con mutismo en un sujeto melancólico, demente, no hemipléjico, ó sordera verbal *verdadera*. Si estos fenómenos sobrevienen á consecuencia de un ictus con hemiplegia derecha, todas las probabilidades se hallan á favor de la sordera verbal por lesión cortical.

No entra en nuestro plan el insistir sobre las variedades de sorderas simbólicas especiales, tales como la *amusia receptiva*. Los casos son innumerables, y no podemos abordar aquí su estudio detallado.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.— De todas las observaciones anatómicas recogidas

(1) Bernard, *Loc. cit.*, p. 142.

das hasta el día, resulta positivamente que el sitio cortical de las lesiones que producen la sordera verbal, se halla en la parte media de la primera circunvolución temporal izquierda (fig. 28). Algunos hechos demuestran que esta localización no es absoluta: d'Heilly, Chantemesse y Chauffard, la han visto en la parte posterior de la misma circunvolución, y Petrina y Claus en la parte anterior, lo que prueba también que ciertas compensaciones *anatómicas* de las regiones corticales (1) permiten estas variaciones *funcionales*. El modo de distribución de las circunvoluciones presenta particularidades individuales bastante numerosas para que los resultados anatómicos, en apariencia contradictorios, invaliden la regla general.

No hay que tener en cuenta las observaciones anatomo-patológicas que pre-

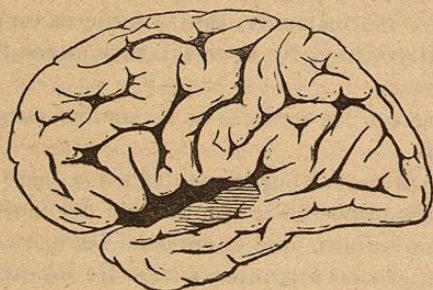


Fig. 28.—Localización cortical de la sordera verbal en la primera temporal izquierda. Conviene hacer notar que el foco se detiene hacia atrás en la extremidad posterior de la cisura de Sylvio. Este límite no es el de la primera circunvolución temporal que se extiende más lejos aún hacia la región occipital. Hay en esto una causa de error en la determinación del sitio de la memoria auditiva verbal: según que los autores asignen por límite posterior á la primera circunvolución temporal, la extremidad de la cisura de Sylvio ó un punto más posterior, han podido deducir que el foco de la sordera verbal ocupa la *parte media* ó la *parte posterior* de la primera circunvolución temporal. La región señalada en este esquema como propia del foco de la sordera, corresponde exactamente al *origen del pliegue de paso parieto-temporal transverso*. (Véanse los Tratados de Anatomía clásicos).

dividuo que padece ceguera verbal, ve las letras impresas ó escritas, puede describirlas al verlas, reconoce la diferencia de una A, de una O, de una B; pero no sabe que estos signos representan la vocal A, la vocal O y la consonante B; siéndole imposible leer, al menos en la mayoría de los casos. Cada uno de estos signos ha dejado de ser la representación gráfica de un sonido determinado; ningún trastorno visual, propiamente dicho, tiene de común con este fenómeno. La expresión de *ambliopía afásica*, que se encuentra en algunas observaciones ya antiguas, relativas á hechos de ceguera verbal, son de tal modo defectuosas por todos conceptos, que sólo merecen en lo sucesivo el olvido.

Kusmaul fue el primero que diferenció bien la ceguera verbal de las otras variedades de afasia, y el que más ha contribuído á definirla, dándole este nom-

(1) Véase Anatomie du cerveau de l'homme. Introd., p. LXXI, Paris, Masson, 1893.

bre, que ha conservado. La primera autopsia de ceguera verbal hecha en Francia, y cuyo resultado concuerda con los de Kusmaul, fue publicada por Déjerine.

Desde entonces, ha aumentado considerablemente el número de comprobaciones anatomo-patológicas, pasando de 50 las observaciones; pero entiéndase bien, que sólo se trata de hechos seguidos de autopsia, pues los otros no se tienen en cuenta, y conviene hacer notar que, entre ellos, los más antiguos no son los menos instructivos (1).

SINTOMATOLOGÍA.— Nada tan variable como las manifestaciones clínicas de la ceguera verbal, en razón á que este síntoma no se presenta aislado más que en casos excepcionales. El caso ideal, no ha sido aún publicado. Todas las observaciones se refieren á enfermos que, al mismo tiempo que ceguera verbal, padecían sordera verbal, afasia motora, agrafia, y sobre todo, una combinación en proporciones diversas de todos estos síntomas reunidos, debiendo añadir también que la ceguera verbal, casi jamás es total, quedando las más de las veces una parte de memoria, gracias á la cual, ciertos caracteres gráficos pueden ser reconocidos. En fin, la dificultad del estudio aumenta á menudo; los enfermos tratan de corregir este síntoma por una nueva educación, consiguiéndolo en parte. Por todas estas razones, no es posible estudiar la ceguera verbal como un trastorno idéntico á sí mismo, sino como un conjunto de fenómenos similares, cuyo esquema, ya que no su descripción rigurosa, es relativamente fácil.

Desde luego, y sin prejuzgar lo que resulta de exámenes anatómicos, puede establecerse que, siendo producida la pérdida de la memoria de los signos escritos, por una lesión de la región parietal postero-inferior, la hemiplegia motora no va á ella forzosamente asociada. Puede ser consecutiva á un ictus hemipléjico, que no entraña una parálisis definitiva, y también sobrevenir sin ictus, y constituir toda la sintomatología del reblandecimiento cortical. En los casos en que va combinada con una hemiplegia, la impotencia funcional de los miembros ocupa siempre el lado derecho; si existiese una hemiplegia izquierda al mismo tiempo que una ceguera verbal, se podría de ello inducir, casi sin restricción, que los dos hemisferios estaban lesionados: la lesión del hemisferio izquierdo es la única capaz de producir la ceguera verbal, como la lesión del hemisferio derecho es la única capaz de paralizar los miembros y la cara del lado izquierdo.

Recordaremos también, que la ceguera verbal va siempre asociada á una hemianopia lateral derecha, ó una estrechez concéntrica del campo visual. La proposición de J. H. Prévost: « pueden citarse ejemplos de hemianopsia cerebral sin ceguera verbal, y de ceguera verbal sin hemianopsia », no es verdadera más que en su primera parte, quedando por demostrar la segunda, á la que se oponen todos los hechos conocidos hasta el día.

Consistiendo la ceguera verbal en la imposibilidad de leer, el individuo es incapaz de leer su propia escritura; pero no ha perdido la facultad de escribir, comprende lo que se le dice, y expresa verbalmente su pensamiento.

Si conserva la facultad de escribir, se observa, sin embargo, una modifica-

(1) Véase in Th. de Bernard, 2^e édit., 1889, p. 67, l'observation de Jean Schmidt datée de 1673.