

UNIVERSIDAD

R. 11.255

WORLD AS ONE CITY
A BROTHERHOOD OF
PEOPLE
A BROTHERHOOD OF
PEOPLE

~~Folleto 321 8~~



Formas clínicas de Afasia.

MEMORIA

LEÍDA,

al recibir el grado de Doctor en Medicina y Cirugía,

POR

MANUEL YARELA RADÍO.

—
1898



SANTIAGO:

Imp. y Enc. del Seminario C. Central

1899

R. 11.255

~~0-105A7~~

7. 302602

R.40.604

BIBLIOTECA UNIVERSITARIA DE SANTIAGO



00237475

Formas clínicas de Afasia.

MEMORIA

LEÍDA,

al recibir el grado de Doctor en Medicina y Cirugía,

POR

MANUEL YARELA RADÍO.

—
1898



SANTIAGO:

Imp. y Enc. del Seminario C. Central

1899

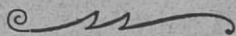
Excmo. Señor:

HABIENDO tenido ocasión de estudiar dos casos clínicos de *Afasia* que me parecen dignos de ser conocidos, ya por presentarse como señaladamente típicos de dos formas distintas de dicho síndrome, muy poco frecuentes y hasta puestas en duda por algunos autores, ya por creer que su estudio puede servir para deducir algunas consideraciones de relativa importancia, héme propuesto, al mismo tiempo que dar á conocer dichos casos, hacer versar este trabajo sobre: LA AFASIA Y SUS DISTINTAS FORMAS BAJO EL PUNTO DE VISTA CLÍNICO.

Antes de entrar de lleno en el estudio de tal asunto, séame permitido suplicar al ilustrado Tribunal que há de juzgar este trabajo,

que no busque en él el valimiento que es de rigor exigir á toda obra que sea debida á la exclusiva y espontánea iniciativa de su autor, sino que, por el contrario, considere el presente escrito como el humilde alegato de aquel que, aspirando á verse honrado con el más alto título académico, se encuentra en la imprescindible necesidad de poner á contribución sus escasas fuerzas, y ofrece luego, sin pretensiones de ningún género, antes al contrario, suplicando indulgencia, el modesto producto de su trabajo.

Y consignada esta salvedad, entraré desde luego en la exposición del asunto, á fin de no molestar por más tiempo la atención del ilustrado Tribunal.





FORMAS CLÍNICAS DE AFASIA



PARA comprender bien lo que es la *Afasia*, es preciso que nos ocupemos antes ligeramente del mecanismo de la producción de la palabra; y el mejor medio de analizar bien este mecanismo, es estudiar lo que sucede en el niño que aprende á hablar.

El niño recibe, mediante los distintos órganos de los sentidos, impresiones diferentes de los objetos que le rodean; retiene estas impresiones en lugares determinados de la corteza cerebral, formando así las llamadas *imágenes ó impresiones recordatorias*; y asociando éstas distintas impresiones, llega á formarse la *idea* del objeto. Así, por ejemplo, si se trata de un piano, la impresión acústica del sonido que éste

produce, despierta el recuerdo de la imagen visual y de la imagen táctil del mismo, y al contrario; si se trata de una flor, la impresión olfatoria nos evoca el recuerdo de la imagen visual, y viceversa, la impresión visual nos evoca el recuerdo de la imagen olfatoria; y de esta asociación de las distintas impresiones recordatorias resulta la *idea* del piano ó de la flor.

Ahora bien, además de las distintas impresiones que el niño recibe directamente de cada cosa, recibe también al mismo tiempo, la impresión acústica de la palabra correspondiente, que oye pronunciar repetidas veces á las personas que le rodean; asocia esta impresión acústica á las otras imágenes recordatorias del objeto, y de este modo el recuerdo de la primera, basta para despertar el de las últimas, y por lo tanto la idea de la cosa. Así, por ejemplo, si se trata del pan, el niño fija y asocia en su cerebro las impresiones gustativa, visual y táctil del mismo, y á estas impresiones, asocia, además, la impresión acústica que le produce el sonido «*pan*,» que aprende de las personas que le rodean, que es la palabra correspondiente á aquel objeto; y una vez verificada esta asociación basta el recuerdo del sonido «*pan*»

para evocar la idea de la cosa, y al contrario, basta la idea de la cosa para evocar el recuerdo del sonido «*pan.*»

De este modo aprende el niño á comprender lo que otro dice; pero, para que él hable, es preciso, además, que aprenda á pronunciar las palabras; y para ésto no basta que tenga perfectamente conformados y sanos los órganos productores de la voz, es necesario que aprenda á coordinar los movimientos precisos para producir cada palabra, que fije en su cerebro estas imágenes motoras y que las asocie á las ideas correspondientes.

Vemos, pues, que lo mismo cuando se trata de la comprensión de la palabra, que cuando se trata de la expresión de las ideas por medio de la misma, intervienen siempre tres elementos; á saber: 1.º Ideación; 2.º Formación de las imágenes auditivas ó motoras de las palabras en centros determinados de la corteza cerebral que se hallan relacionados con los que pudiéramos llamar de ideación (1) y con los genera-

(1) Ya hemos indicado y explicaremos más adelante, que las ideas se forman por la asociación de las distintas impresiones sensoriales; y por lo tanto, no se puede hablar, propiamente, de centros de ideación.

les de recepción ó de producción de los sonidos; y 3.º Recepción ó emisión de los sonidos correspondientes mediante aparatos externos de audición ó fonación.

No son, desde luego, las alteraciones de la ideación lo que constituye la *Afasia*; tampoco lo son las alteraciones de los aparatos externos de audición ó fonación: pues las alteraciones del oído y del nervio acústico dan lugar, simplemente, á la sordera, y las del aparato fonético, ya muscular, ya nervioso-periférico (á partir de los centros de la médula oblongada) dan lugar á la *anartria*. Son las alteraciones del segundo de los tres elementos de que hemos hablado, las que dan lugar á la *Afasia*.

Mientras no nos ocupemos del mecanismo de la lectura y de la escritura y podamos dar, como consecuencia de ello, una definición más completa de la *Afasia* comprenderemos, por lo tanto, bajo este nombre: *todas las alteraciones de la comprensión ó expresión de las ideas, producidas por lesiones de los centros cerebrales destinados á la fijación y recuerdo de las imágenes auditivas ó motoras de las palabras, ó por lesiones de las vías que unen estos centros: entre sí, con los de ideación, ó con los generales de recepción ó emisión de los sonidos.*

Para la mejor comprensión de las distintas

formas de la afasia, y aún del mecanismo normal de la palabra, creo conveniente representar éste gráficamente por medio de un esquema. De entre los muchos que con tal fin se han ideado, elijo, por su sencillez, uno de *Wernicke*, ligeramente modificado.

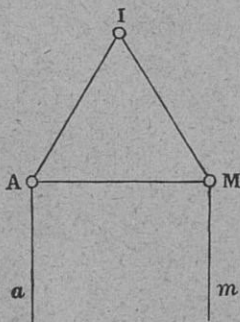


Figura 1.ª

Sea A, el centro destinado al recuerdo del sonido de las palabras; *aA* la vía que conduce á este centro desde el aparato auditivo externo; AI la que lo pone en comunicación con I, que es el centro general de la ideación, entendiendo por *centro de la ideación*, según ya hemos dicho, el resultado de la asociación de las distintas imágenes recordatorias de los objetos.

Este modo de considerar el centro de idea-

ción, lo representamos gráficamente mediante la *figura 2.^a*

En ella las letras V, Ol, O, G y T, señalan los centros destinados, respectivamente, á la fijación y recuerdo de las imágenes visuales, olfatorias, auditivas, gustativas y táctiles de los objetos. Cada uno de estos centros se co-

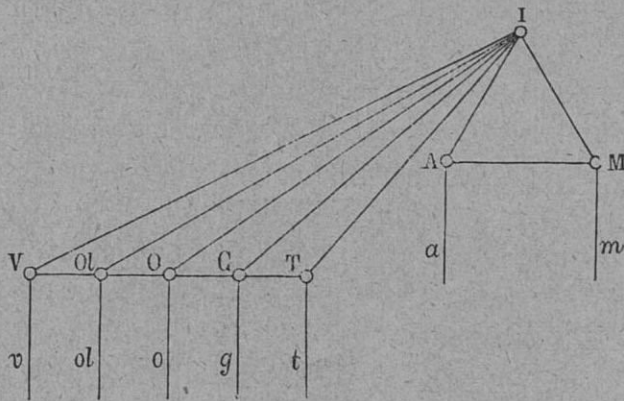


Figura 2.^a

munica con todos los demás por medio de las vías VI, OI, OI, GI, y TI, y de esta comunicación resulta la asociación de todas las imágenes recordatorias, y por lo tanto, la *idea*. Por eso representamos el supuesto centro de la ideación en I, que es la región en donde vienen á reunirse las diferentes vías que ponen en comunicación recíproca los centros destina-

dos á la fijación de las diversas impresiones sensoriales.

Explicado de este modo lo que queremos decir al hablar de un *centro de ideación*, volvamos á la *figura 1.^a* Decíamos que A es el centro destinado al recuerdo del sonido de las palabras; aA la vía que pone en comunicación este centro con el aparato auditivo externo; I el centro de las ideas; y AI la vía que permite la asociación entre el recuerdo auditivo de la palabra y la idea correspondiente. El centro de la ideación (I) está también en comunicación, mediante la vía IM, con el centro M destinado al recuerdo de las imágenes motoras de las palabras; y este centro (M) comunica por mediación de la vía Mm con el aparato nervioso-motor de los músculos de la fonación. Finalmente, entre el centro (A) destinado al recuerdo auditivo de las palabras, y el centro (M) destinado al recuerdo motor de las mismas, existe la comunicación directa AM.

Mediante la vía aAI tiene lugar la comprensión de la palabra; por la vía IMm se verifica la dicción espontánea; el trayecto AM está destinado á la *repetición mecánica*, es decir, mediante él pueden repetirse las palabras sin que sean comprendidas. El círculo cerrado

AIMA es preciso para la comprobación de las palabras (*controlirung*), es decir, mediante él, se afirma ó comprueba si la imagen motora corresponde á la imagen auditiva, y al contrario, si la imagen auditiva corresponde á la imagen motora, y si ambas están en relación con la idea correspondiente; una interrupción en cualquier punto de este círculo dará, pues, lugar á cambios de palabras é inseguridad en la dicción, fenómeno conocido con el nombre de *parafasia*.

Para que pueda tener lugar la comprensión de las palabras es, pues, preciso que no esté interrumpido el trayecto *aAI*. Si hay una interrupción en esta vía, las palabras no llegarán á despertar ideas y se producirá una *Afasia sensorial ó de recepción*, llamada también *sordera anímica ó verbal*.

Para que pueda tener lugar la dicción espontánea, es preciso que no esté interrumpido el trayecto *IMm*. Si hay una interrupción en este trayecto, las ideas no podrán ser expresadas por medio de la palabra y se producirá una *Afasia motora ó de expresión*, llamada también *Afemia*.

Para que puedan tener lugar la *repetición mecánica* y la *comprobación de la palabra*, es preci-

so que no esté interrumpido el trayecto AM. La interrupción de este trayecto dá lugar á una forma de afasia conocida con el nombre de *Afasia de conducción transversa*.

Dividiremos, pues, las distintas formas de Afasia en tres grupos, á saber:

- I. **Afasias sensoriales.**
- II. **Afasias motoras.**
- III. **Afasias de conducción transversa.**

Cada uno de los dos primeros grupos comprende, á su vez, tres formas que son: a), *forma cortical*; b), *forma transcortical*; y c), *forma subcortical*; en tanto que las afasias de conducción transversa, no presentan más que una sola forma.

I.—AFASIAS SENSORIALES

a).—**Forma cortical.**

En esta forma, la lesión está situada en el centro destinado al recuerdo de las imágenes auditivas de las palabras (A); es la forma más frecuente de afasia sensorial y está caracterizada: porque en ella el enfermo no entiende

lo que se le dice, ni puede repetirlo mecánicamente; y porque habla espontáneamente, pero con parafasia, pues no existe la comprobación de la palabra.

b).—**Forma transcortical.**

Esta forma de afasia, en la cual la lesión está situada entre el centro destinado al recuerdo auditivo de las palabras y el centro de la ideación (AI), está caracterizada: por la falta de comprensión de la palabra y por la persistencia de la repetición mecánica (carácter que la distingue de la anterior), y de la dicción espontánea, pero sin comprobación de la palabra, es decir, con parafasia.

c).—**Forma subcortical.**

La lesión está situada en la vía (aA) que conduce al centro del recuerdo auditivo de las palabras. Se caracteriza esta forma: por la falta de comprensión de la palabra y de su repetición mecánica, y por la persistencia de la dicción espontánea, sin parafasia (carácter distintivo de las dos anteriores).

II.—AFASIAS MOTORAS

a).—**Forma cortical.**

En esta forma de afasia está situada la lesión en el centro (M) destinado al recuerdo de las imágenes motoras de las palabras. Es la forma más frecuente de afasia motora, y está caracterizada: por la persistencia de la comprensión de las palabras y por la falta de dicción espontánea y de repetición mecánica de las mismas. La interrupción del círculo destinado á la comprobación de las palabras se manifiesta: en que el enfermo se equivoca al contar, mentalmente, el número de sílabas de las palabras correspondientes á los objetos que se le ponen delante. Esta forma de parafasia se designa con el nombre de *parafasia interna*.

b).—**Forma transcortical.**

La lesión está aquí situada en la vía (IM) que une el centro de ideación con el centro destinado al recuerdo de las imágenes motoras de las palabras. Se caracteriza esta forma: por la persistencia de la comprensión de las palabras y de la repetición mecánica (en lo que se

diferencia de la anterior), y por la falta de dicción espontánea y de comprobación de la palabra. (*Parafasia interna*).

c).—**Forma subcortical.**

Esta forma de Afasia, en la cual está situada la lesión en la vía (Mm) que parte del centro destinado al recuerdo de las imágenes motoras de las palabras, está caracterizada por la persistencia de la comprensión de la palabra y por la falta de dicción espontánea y de repetición mecánica de la misma. No hay parafasia interna (carácter que la distingue de las dos formas anteriores).

III.—AFASIAS DE CONDUCCIÓN TRANSVERSA

Como ya hemos dicho, este grupo de Afasias no presenta más que una sólo forma, en la cual la lesión está situada en la vía (AM) que une el centro del recuerdo auditivo con el centro del recuerdo motor de las palabras. Los caracteres distintivos de esta forma de afasia son: persistencia de la comprensión y de la dicción espontánea de las palabras, y falta de repetición mecánica y de comprobación de las mismas.

El cuadro siguiente, que tomamos de *Leube (1)*, nos permitirá que de un sólo golpe de vista nos formemos idea de las diferencias existentes entre las distintas formas de afasia.

FORMAS DE AFASIA	Comprensión de la palabra.	Repetición mecánica.	Dicción espontánea.	Comprobación de la palabra.
I.—Sensoriales.				
a) cortical.	no	no	si	no
b) transcortical. . .	no	si	si	no
c) subcortical. . . .	no	no	si	si
II.—Motoras.				
a) cortical.	si	no	no	no (p. i.) (2)
b) transcortical. . .	si	si	no	no (p. i.)
c) subcortical. . . .	si	no	no	si
III.—De conducción transversa.				
	si	no	si	no

(1) *Specielle Diagnose der inneren Krankheiten, 1893.*

(2) Parafasia interna.

De todo lo expuesto, resulta claramente la diferencia existente entre las afasias sensoriales, las motoras y las de conducción transversa. La división de la afasia en estos tres grupos no puede ser más lógica, y desde que *Wernicke* la estableció, ha sido generalmente aceptada por todos los patólogos.

Pero, si vamos á juzgar tan sólo por lo que va expuesto, ya no aparece tan fundada la división que el mismo *Wernicke* ha hecho de cada uno de los dos primeros grupos en tres formas distintas. La diferencia, por ejemplo, entre las formas cortical y subcortical, consistente tan sólo en que exista ó no exista *parafasia*, parece no tener suficiente importancia para fundar en ella una división. Y, sin embargo, si profundizamos un poco más en el estudio de las distintas formas de la afasia, veremos cuan fundada es esta clasificación.

En efecto, hasta aquí, y con el objeto de ir procediendo de lo más sencillo á lo más complicado, hemos prescindido intencionadamente de dos factores cuya consideración es indispensable en el estudio de la afasia: *la lectura y la escritura*. La introducción de estos dos nuevos elementos en la resolución del problema, vendrá á confirmar lo acertada que es en

todos sus detalles la clasificación de *Wernicke*.

Estudiaremos, pues, las alteraciones que sufren la lectura y la escritura en las distintas formas de afasia; pero, para la mejor comprensión de estas alteraciones, nos ocuparemos antes del mecanismo de ambos procesos en el estado normal.

El niño aprende á leer, porque se le enseña que ciertas figuras ópticas (letras, etc.), corresponden á sonidos cuyo valor ya conoce; fija en una región determinada de su corteza cerebral, aquellas impresiones visuales de las letras, formando así las imágenes ópticas recordatorias de la escritura; y asocia estas imágenes con las auditivas correspondientes, de tal modo, que una vez verificada esta asociación basta que reciba la impresión visual de un escrito para que se despierte, inmediatamente, en él, el recuerdo de la imagen acústica de la palabra correspondiente. Y ya hemos explicado cómo, una vez despertado este recuerdo, tienen lugar la comprensión de la palabra y su articulación.

La lectura se verifica siempre deletreando, es decir, asociando á la imagen visual de cada letra la imagen acústica correspondiente, y uniendo seguidamente todos estos recuerdos auditivos para formar la palabra. Esta unión

se verificará con mayor ó menor rapidez, según la costumbre de la persona que lea; pero siempre se leerá deletreando. Por eso, la interpretación de los números, así árabes como romanos, que no se hace deletreando, no puede considerarse como una verdadera lectura. Los números son representaciones gráficas del objeto mismo, en tanto que las palabras escritas son tan sólo, para la inmensa mayoría de las personas, la representación gráfica de determinados sonidos. Por ésto el que lee, para que comprenda lo que lee, es preciso que vaya recordando los sonidos que corresponden á cada palabra escrita; es preciso, por decirlo así, *que se oiga á sí mismo interiormente*; de otro modo no comprenderá nada; pues, lo repetimos, en la gran mayoría de las personas, las imágenes ópticas de lo escrito no despiertan directamente las ideas de las cosas, sino tan sólo mediante el recuerdo de las imágenes auditivas de las palabras. Es cierto que se citan casos, aunque muy contados, de personas en las cuales las imágenes ópticas de lo escrito despertaban directamente las ideas, sin intermedio del recuerdo acústico; pero ésto no deja de ser una excepción rarísima, debida, sin duda, á una educación especial de los sujetos que la presen-

tan, y que no merece, por lo tanto, que nos ocupemos de ella más que para citarla.

Pasemos ahora á estudiar cómo tiene lugar el mecanismo de la escritura en el estado normal.

Del mismo modo que existe un centro destinado al recuerdo de las imágenes ópticas de las palabras escritas, existe también otro centro destinado al recuerdo de los movimientos que el brazo y la mano tienen que ejecutar para reproducir gráficamente dichas figuras ópticas; y del mismo modo que aquel primer centro está en relación inmediata con el destinado al recuerdo de las imágenes auditivas de las palabras, está en relación, inmediata también, aquel segundo centro, con el destinado al recuerdo de las imágenes motoras de la palabra articulada. Mediante esta última relación, tiene lugar una íntima asociación entre la imagen motora de la palabra hablada y la imagen motora de la palabra escrita, de tal modo, que basta evocar el recuerdo de la primera para despertar también el de la segunda.

La escritura, lo mismo que la lectura, se verifica deletreando, es decir: pronunciando mentalmente, una por una, todas las letras de cada palabra y asociando á cada una de estas

imágenes motoras de articulación las imágenes motoras correspondientes de la escritura. Del mismo modo que no hay, pues, un tránsito directo de la imagen visual de las palabras escritas á la idea correspondiente, sino que es preciso el intermedio del recuerdo auditivo, no hay tampoco una relación inmediata entre la idea y la imagen de la palabra escrita. El que escribe tiene, digámoslo así, que *pronunciar interiormente las palabras que va escribiendo*.

Una vez explicado el mecanismo de la lectura y el de la escritura, podremos dar una definición completa y definitiva de la *Afasia* diciendo que bajo este nombre reunimos: *todas las alteraciones de la comprensión ó expresión de las ideas, producidas por lesiones de los centros cerebrales destinados á la fijación y recuerdo de las imágenes auditivas, visuales, de articulación ó gráficas de las palabras, ó por lesiones de las vías que unen estos centros: entre sí, con los de ideación ó con los periféricos destinados á la recepción de las impresiones visuales y acústicas ó á la ordenación de los movimientos de fonación y gráficos*.

A fin de facilitar el estudio de las alteraciones que sufren la lectura y la escritura en las distintas formas de la afasia, y hasta para la mejor comprensión de lo que dejamos expuesto

sobre el mecanismo normal de ambos procesos, me parece conveniente representar gráficamente dicho mecanismo por medio de un esquema. Elijo uno de *Wernicke*, algo modificado, á fin de hacerlo más sencillo.

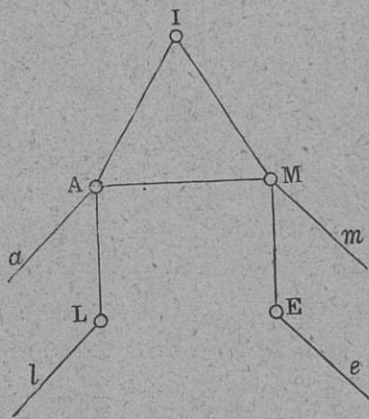


Figura 3.^a

La parte superior del esquema (*fig. 3.^a*), reproduce exactamente la figura 1.^a, de manera que las letras: *a*, *A*, *I*, *M*, *m*, tienen la misma significación que en dicha figura. *L*, es el centro destinado al recuerdo de las imágenes visuales de la lectura, que comunica mediante la vía *lL* con el aparato general de la visión y mediante la vía *LA* con el centro (*A*) del recuerdo de las imágenes auditivas de las palabras.

E, es el centro destinado al recuerdo de las imágenes motoras de la palabra escrita, al cual llega la vía ME, que lo pone en comunicación con el centro (M) destinado al recuerdo de las imágenes motoras de la palabra hablada, y del cual parte la vía Ee, que conduce al aparato neuro-motor de los músculos que intervienen en el acto de la escritura.

La comprensión de la palabra escrita tiene, pues, lugar por la vía LAI; la lectura en alta voz, comprendiendo lo que se lee, por el trayecto LAIMm; la lectura en alta voz, pero sin comprender lo que se lee, por la vía LAMm. La escritura espontánea se verifica mediante el trayecto IMEe; la escritura al dictado, entendiendo, se verifica por la vía aAIMEe; y, finalmente, la escritura al dictado, pero sin entender, tiene lugar por el trayecto aAMEe.

De esta explicación de la figura 3.^a, se desprende claramente que las alteraciones de la lectura y de la escritura se presentarán, no tan sólo acompañando á las demás alteraciones de la palabra que constituyen las diversas formas de afasia que ya hemos descrito, sino que se presentarán también independientemente de toda otra alteración de la palabra y constituyendo lo que los autores llaman, res-

pectivamente: *alexia*, ó *ceguera verbal*, y *agrafia*.

Con efecto, cuando una lesión asiente en las vías *lLA* ó *MEe* no habrá dificultad ninguna de la comprensión ni de la articulación de la palabra hablada; pero existirán, seguramente, alteraciones de la lectura ó de la escritura, que variarán según que la lesión asiente en la una ó en la otra vía; así, las interrupciones en cualquier punto del trayecto *lLA* no darán lugar á otra alteración más que á la incapacidad de leer, y las situadas en un punto cualquiera del trayecto *MEe* darán lugar, exclusivamente, á la imposibilidad de escribir.

Vemos, pues, que lo que los autores llaman *alexia* ó *ceguera verbal*, constituye una forma única de afasia producida por la interrupción del trayecto (*lLA*) que permite que se comuniquen el centro general receptor de las impresiones ópticas con el especial destinado al recuerdo acústico de las palabras, incluyendo también en esta vía el centro especial destinado al recuerdo de las imágenes visuales de las palabras; y que la *agrafia*, constituye otra forma única de afasia, producida por la interrupción del trayecto (*MEe*) que pone en comunicación el centro especial destinado al recuerdo de las imágenes motoras de la palabra hablada con

los generales de la ordenación de los movimientos del brazo y de la mano, incluyendo á su vez, en este trayecto el centro especial destinado al recuerdo de las imágenes motoras de la palabra escrita.

A las siete formas de afasia que hemos descrito, debemos, pues, añadir dos nuevas formas: *la alexia y la agrafia* (1).

De la comparación de la alexia y de la agrafia con las demás formas de afasia que dejamos explicadas, y de la consideración simultánea de la figura 3.^a, se deduce una analogía extraordinaria entre la *afasia sensorial subcortical* y la *alexia*; y entre la *afasia motora subcortical* y la *agrafia*.

Vamos á explicar en que consisten estas analogías que nosotros creemos ver, pues de ellas habremos de deducir luego alguna consecuencia.

Estas analogías son de dos órdenes: anatómicas y clínicas.

Bajo el punto de vista anatómico, vemos que todas estas formas de afasia son siempre

(1) Todavía podríamos contar dos nuevas formas de afasia: *la amimia de recepción y la amimia de expresión*. No lo hacemos por no dar demasiada extensión á este trabajo y porque es aplicable á ellas lo que decimos de la alexia y de la agrafia.

producidas por lesiones situadas hacia la periferie de los centros especiales del recuerdo de las imágenes auditivas y de articulación de la palabra hablada, es decir, situadas entre dichos centros especiales y los generales de audición, visión, fonación y ordenación de los movimientos del brazo y de la mano. Y si bien es cierto que la anatomía nos demuestra que en cada una de las dos vías destinadas exclusiva y respectivamente á la lectura (*ILA*) y á la escritura (*MEe*), se interpone un centro especial de recuerdo, ya visual, ya gráfico, (cosa que no sucede en las otras dos vías subcorticales) no es menos cierto que esta interposición no dá lugar á variaciones del cuadro sintomático, según que la interrupción del trayecto respectivo esté situada en dicho centro ó á uno ú otro lado de él.

Bajo el punto de vista clínico, consiste la analogía en que son estas cuatro formas de afasia las únicas en las cuales aparece el cuadro sintomático caracterizado por la alteración de uno tan sólo de los distintos elementos que hemos visto que intervienen en la comprensión ó expresión de las ideas por medio de la palabra hablada ó escrita.

Fundado en estas analogías, y creyendo

conveniente incluir en la clasificación de *Wernicke* las dos formas de afasia llamadas por los autores *alexia* y *agrafia*, me permito considerar á ambas como verdaderas formas subcorticales: la primera sensorial, y la segunda motora. Y á fin de distinguirlas de las formas subcorticales de los autores, que he considerado anteriormente, designaré á éstas con los nombres de: *afasia subcortical auditiva* y *afasia subcortical fonética*, llamando, respectivamente, á la *alexia* y á la *agrafia*: *afasia subcortical óptica* y *afasia subcortical gráfica*.

Completemos ahora, en vista de ésto, la clasificación que hemos hecho anteriormente de las afasias, exponiendo las alteraciones que sufren la lectura y la escritura en las formas ya descritas, y añadiendo las dos nuevas formas de que acabamos de hablar.

I.—AFASIAS SENSORIALES

a).—**Afasia cortical.**

Imposibilidad de comprender lo escrito y de leerlo en alta voz, é imposibilidad de escribir al dictado; persistencia de la escritura espontánea.

b).—Afasia transcortical.

Imposibilidad de comprender lo escrito y de escribir al dictado (entendiendo); persistencia de la facultad de leer en alta voz y de la de escribir: espontáneamente y al dictado (sin entender).

c).—Afasia subcortical auditiva.

Imposibilidad de escribir al dictado; persistencia de la lectura y de la escritura espontáneas.

d).—Afasia subcortical óptica; (Alexia).

Imposibilidad de comprender lo escrito; persistencia de la comprensión de la palabra hablada y de la expresión oral y gráfica de las ideas.

II.—AFASIAS MOTORAS

a).—Afasia cortical.

Imposibilidad de escribir espontáneamente y al dictado, é imposibilidad de leer en alta voz; persistencia de la comprensión de lo escrito.

b).—Afasia transcortical.

Imposibilidad de escribir espontáneamente;

persistencia de la facultad de leer y de la de escribir al dictado.

c). — **Afasia subcortical fonética.**

Imposibilidad de leer en alta voz; persistencia de la comprensión de lo escrito y de la escritura espontánea y al dictado.

d). — **Afasia subcortical gráfica, (Agrafia).**

Imposibilidad de escribir; persistencia de la manifestación oral del pensamiento y de la comprensión de la palabra hablada y escrita.

III.—AFASIAS DE CONDUCCIÓN TRANSVERSA

Imposibilidad de la escritura al dictado, sin entender; persistencia de la lectura y de la escritura en todas sus otras formas.

Teniendo, pues, en cuenta los datos suministrados por la lectura y la escritura, ya no es posible confundir entre sí las distintas formas de afasia.

Un sólo golpe de vista sobre el cuadro siguiente, ampliación del anterior y resumen de todo lo dicho, nos lo demostrará con toda evidencia.

FORMAS DE AFASIA	<p>I.—<i>Sensoriales.</i></p> <p>a) cortical.</p> <p>b) transcortical.</p> <p>c) subcortical auditiva.</p> <p>d) » óptica.</p> <p>II.—<i>Motoras.</i></p> <p>a) cortical.</p> <p>b) transcortical.</p> <p>c) subcortical fonética.</p> <p>d) » gráfica.</p> <p>III.—<i>De conducción trans-</i> <i>versa.</i></p>	Escritura al dictado (sin entender).	no si no si	no si si no	no
		Escritura al dictado (entendiendo)	no no no si	no si si no	si
		Escritura espontánea.	si si si si	no no si no	si
		Lectura en alta voz.	no si si no	no si no si	si
		Comprensión de lo escrito.	no no si no	si si si si	si
		Comprobación de la palabra.	no no si si	no no si si	no
		Dicción espontánea.	si si si si	no no no si	si
		Repetición mecánica.	no si no si	no si no si	no
		Comprensión de la palabra.	no no no si	si si si si	si

Mediante la consideración de la figura 3.^a y del cuadro que precede, puede hacerse fácilmente el diagnóstico de las distintas formas de afasia; pues de ella resulta claramente:

1.º Que se diferencian entre sí los tres grupos de afasia: porque todas las formas sensoriales tienen de común la falta de comprensión de la palabra, ya hablada, ya escrita, ó de ambas á la vez, y la persistencia de la articulación de la misma y de la escritura; porque en todas las formas motoras sucede lo contrario, es decir, persiste la comprensión de la palabra hablada y de la escrita y falta su articulación, ya oral, ya gráfica, ó en ambas formas; y porque en las de conducción transversa persisten la comprensión y expresión de la palabra hablada y escrita.

2.º Que se diferencian las formas corticales de las transcorticales: porque en las primeras es siempre imposible la repetición mecánica de la palabra y la lectura en alta voz, mientras que en las segundas son siempre posibles ambas cosas; y

3.º Que se diferencian las formas subcorticales entre sí, y de todas las demás: porque á cada una de ellas corresponde la alteración de uno tan sólo de los cuatro factores siguientes:

comprensión de la palabra, articulación de la misma, lectura y escritura; mientras que en todas las otras formas alcanzan las alteraciones á más de uno de dichos factores.

La posibilidad de la alteración única de cada uno de estos cuatro factores de la palabra, ha sido, y sigue siendo todavía, una de las cuestiones más debatidas de la afasia; y así, en tanto que unos sostienen la subordinación constante de unas á otras alteraciones, admitiendo algunos, por ejemplo, que la sordera verbal, y la afemia tienen que traer necesaria y respectivamente consigo la ceguera verbal y la agrafia (*Wernicke, Degerine*) y diciendo otros que no se concibe la afemia sin la sordera verbal, más ó menos completa, ni la agrafia sin la alexia (*Lichtheim, Sigaut*); sostienen los defensores de la escuela contraria, la absoluta independencia y autonomía de los cuatro factores, negando que en caso alguno pueda dar lugar, por sí sóla, la alteración de uno de ellos á alteraciones de los demás, y afirmando, por el contrario, que las alteraciones simultáneas de varios de estos cuatro factores, dependen siempre de lesiones anatómicas que afectan simultá-

neamente á los centros cerebrales correspondientes. (*Marie, Bernrad, Bayet*).

Entre una y otra tendencia existe un término medio, que hoy se va abriendo camino, y según el cual se admite: que determinadas alteraciones de aquellos cuatro factores traen consigo, necesariamente, alteraciones de algunos de los demás; pero que existen también alteraciones únicas ó aisladas, por decirlo así, de cada uno de dichos cuatro elementos.

Este término medio es el admitido por nosotros y expuesto anteriormente y á cuya demostración procuraremos coadyuvar mediante la exposición de algunos razonamientos y casos clínicos.

La independencia absoluta de los cuatro factores de que venimos hablando, tal cual la entiende la segunda escuela citada, es, á mi juicio, insostenible. En contra de ella se levantan la clínica y la anatomía patológica reunidas: la clínica, demostrándonos que la inmensa mayoría de los casos de afasia, son casos complejos, es decir, casos en los cuales están alterados varios de los cuatro factores elementales de la palabra; y la anatomía patológica, demostrándonos que en muchísimos de estos casos complejos sólo está lesionado uno de los

cuatro centros corticales correspondientes á aquellos cuatro factores. En estos casos, es necesario admitir que las múltiples alteraciones de la palabra que se presentaban durante la vida eran dependientes de la lesión de un sólo centro, ó dicho de otro modo: de la alteración de uno tan sólo de dichos cuatro factores. Cítanse tantos y tantos de estos casos, que casi no se concibe cómo hay quien sostenga todavía la doctrina de la independencia absoluta de los cuatro factores de la palabra.

La existencia de afasias caracterizadas por la alteración de uno tan sólo de estos cuatro factores, ha sido muy puesta en duda durante mucho tiempo, y aún hoy no es unánimemente admitida. Ciertamente, los casos de este género son muy poco frecuentes; pero, desde el momento en que se presentan algunos, es preciso admitir la posibilidad de su existencia y las consecuencias que de ella se deducen. Y que se presentan algunos casos, no puede ya ponerse en duda; pues se citan por autores respetables hasta 25 casos de *alexia pura*, 5 ó 6 de *agrafia* (4 de ellos de *Charcot*), 10 ó 12 de *sordera verbal* y algunos más de *afemia*. De todos modos, lo repito, no puede negarse que son casos muy poco frecuentes, y por eso, habiendo tenido ocasión

de observar uno típico de sordera verbal, ó sea lo que hemos llamado forma subcortical auditiva de la afasia sensorial, y otro de afemia pura, ó sea la forma subcortical fonética de la afasia motora, he creído conveniente darlos á conocer; y, como he dicho antes, ésta ha sido la causa de haber elegido el estudio de la afasia para el presente trabajo.

He aquí ahora las historias clinicas de dichos casos.

CASOS CLÍNICOS

I.

M. C., de sesenta y tantos años de edad, soltero, Profesor de primera enseñanza y vecino de la parroquia de Alba, en el Ayuntamiento y provincia de Pontevedra, fué atacado en el mes de Agosto de 1896 por un ligero *ictus* apoplético. Sintióse acometido de mareos y de gran flojedad á las piernas, y temiendo haber contraído la viruela, de cuya enfermedad se habian presentado algunos casos en el país, metióse en la cama; ya en ésta, perdió por completo el conocimiento, permaneciendo en este estado treinta y tantas horas. Al recobrar la razón, quejábase tan sólo de un gran dolor de cabeza y de haber perdido por completo el sentido del oído; no presentaba ningún otro trastorno de la sensibilidad, de la motilidad ni psíquico. A los pocos días levantábase de la cama sin otra molestia más que lo que él consideraba entonces como sordera.

No me es posible dar más detalles sobre este primer periodo de la enfermedad, porque

durante él no he visto al enfermo. Los datos ya expuestos se los debo al ilustrado médico titular de Pontevedra, D. César López de la Ballina, que asistió al enfermo desde un principio, y en unión del cual he estudiado más tarde el caso de que se trata.

La primera vez que vi al enfermo fué á los ocho días de haber sufrido el ataque. La impresión que causaba á primera vista era la que puede producir un sordo. En efecto, entendía perfectamente y leía en alta voz con gran facilidad cuanto por escrito se le decía; hablaba (ya espontáneamente, ya contestando á lo que por escrito se le preguntaba), con gran corrección, como podría hacerlo una persona completamente sana y regularmente instruida; escribía, también espontáneamente, con la misma facilidad y corrección; y tan sólo no entendía absolutamente nada cuando se le hablaba de viva voz, aún por mucho que se alzase ésta; ni era capaz de repetir mecánicamente, es decir, sin comprender, lo que uno le decía.

A primera vista parecía, pues, que se trataba de un sordo; pero pronto se convencía uno de lo contrario al oír las explicaciones del mismo enfermo, que con gran claridad nos exponía que él *oía* perfectamente el sonido que

las palabras producían, pero que *no entendía* lo que estas palabras querían decir, pues le causaban la impresión que podría producirle un idioma completamente desconocido.

Esta falta de comprensión de la palabra llegaba al extremo, pues, en un principio, ni aún los monosílabos podía comprender; más tarde comprendía ya algunos monosílabos y alguna palabra suelta, pero los conocía, no por el sonido, sino por los movimientos que ejecutaba con los labios la persona que los pronunciaba. Pudimos convencernos de ésto, no sólo observando la atención con que el enfermo seguía los movimientos de los labios de quien le hablaba, y observando que cuando no veía estos movimientos no entendía absolutamente nada, sino también porque así nos lo explicó espontáneamente el mismo enfermo.

Observando, además, con algún detenimiento, pronto se convencía uno de que lo único que no oía, ó mejor dicho, lo único que no entendía eran las palabras. Los demás sonidos eran oídos é interpretados por él perfectamente; así, por ejemplo, si colocado de espaldas á un reloj, una persona, alternativamente, hacía mover el péndulo y lo detenía en sus excursiones, conocía al instante, según que se produjera ó no

se produjera el *tic-tac* característico, si el reloj estaba en marcha ó si estaba parado; reconocía las distintas especies de pájaros por el canto característico de cada una de ellas; volvía la cabeza en cuanto oía pasos; y, en fin, no manifestaba otro trastorno auditivo, ni de ningún otro género, más que el ya dicho de la no comprensión de las palabras.

En vista de estos hechos no cabía duda: no se trataba de una sordera común, sino de la forma de afasia conocida generalmente con el nombre de *sordera verbal* ó *ánimica*, y que yo he comprendido en la clasificación precedente con el de *afasia sensorial subcortical auditiva*.

Para completar esta historia clínica, diré tan sólo que el enfermo fué acometido de un nuevo ataque apoplético un mes, aproximadamente, después de haber sufrido el primero y que sucumbió en él.

II.

El 17 de Octubre de 1896 ingresó en la sala de *San José* del Gran Hospital general de Santiago, y ocupó la cama núm. 8, un hombre llamado S. T., que, según acreditaban los do-

cumentos de que era portador, tenía 45 años de edad, era soltero y había nacido de padres españoles en *La Colonia*, población de la República Oriental del Uruguay.

Al dirigirnos á él con ánimo de interrogarle, nos alargó un papel que con grandes letras decía: «*No puedo hablar, pero puedo escribir,*» y echando mano á un gran paquete de papel blanco y á un lápiz, cosas ambas de que venía prevenido, nos hizo seña de que podíamos empezar á interrogarle. Así lo hicimos, y él comenzó, á su vez, á contestar por escrito á nuestras preguntas, haciéndonos una historia bastante completa, aunque algo difusa, de su enfermedad y de cuanto él creía que podía relacionarse con ella. De este modo nos comunicó: que sus padres habían sido comerciantes; que él también se había dedicado al comercio; que no padeció enfermedad alguna hasta los 22 años, en cuya época contrajo una afección venérea á consecuencia de la cual le administraron fricciones mercuriales y mucho ioduro potásico; que desde entonces sufrió con mucha frecuencia grandes dolores á la cabeza y al estómago, y una neuralgia persistente de la cara, que sólo le cedió con la aplicación de corrientes eléctricas; que en el verano de 1892,

cuando el enfermo tenía por lo tanto 41 años, después de pasar dos días con un malestar que no sabía á qué atribuir, fué acometido de un ataque que le retuvo en la cama cuarenta y tantos días, con pérdida completa del conocimiento; que cuando recobró éste, estaba completamente paralítico del lado derecho y no podía hablar; que fué recobrando poco á poco los movimientos de dicho lado, pero sin volver jamás á recobrar la palabra; y que habiendo muerto sus padres y no pudiendo continuar al frente del comercio, vendió éste y vino á vivir á Galicia, en compañía de un hermano de su padre, en una aldeita próxima á la Coruña, donde contrajo una afección gástrica rebelde que fué el motivo que le decidió á ingresar en el Hospital.

Su estado actual, por lo que á la afasia se refiere, y prescindiendo de un pequeño descenso de la comisura labial derecha, residuo de la hemiplegia sufrida, es el siguiente:

1.º *Comprende perfectamente cuanto se le habla.* Nos convencemos de ello ordenándole verbalmente que ejecute algún movimiento ó que conteste por escrito á alguna pregunta que le dirijamos, y observando cómo, inmediatamente, obedece á nuestras indicaciones.

2.º *Es incapaz de expresar sus ideas por medio de la palabra hablada.* Esta incapacidad es casi absoluta, pues sólo pronuncia, maquinalmente, la frase «*si señor,*» venga ó no venga al caso, y como si no se diera cuenta de que la pronuncia.

Cuando se le pregunta por qué no habla, y si es porque no recuerda el nombre de las cosas, nos contesta, por escrito, que no es por ésto, que sí recuerda el nombre de las cosas, y que cuando quiere hablar, le parece que está oyendo las palabras que debería pronunciar, pero que, por más esfuerzos que hace, «*no le sale*» sonido ninguno.

Para convencernos de ésto, es decir, de que posee las imágenes auditivas de las palabras, le ordenamos que indique, por medio de los dedos, de cuántas sílabas se componen los nombres de varios objetos que le señalamos, y siempre nos lo indica acertadamente y sin equivocarse.

Tampoco es capaz de repetir las palabras que uno le dice, ni aun cuando sean monosilábicas; hace esfuerzos por poner los labios como los pone la persona que le habla, y hasta parece que lo consigue; pero la palabra no llega á producirse.

3.º *Entiende perfectamente lo escrito*, ya sea impreso, ya manuscrito; pero no puede leer nada en alta voz. Nos convencemos de que entiende lo que lee ordenándole, por escrito, una cosa cualquiera, y viendo como, efectivamente, ejecuta todo cuanto le ordenamos.

4.º *Escribe correctamente* y con bastante rapidez. Comete, es cierto, algunas faltas de sintaxis y de ortografía, pero, á mi juicio, no deben considerarse estas faltas como dependientes de la enfermedad, sino, sencillamente, como correspondientes al grado de cultura del sujeto. Yo creo, y el enfermo así lo asegura, que escribe hoy exactamente lo mismo que antes de sufrir el ataque; pero no puedo asegurarlo en absoluto, pues no pude obtener un escrito del enfermo anterior á aquel.

En resumen: el sujeto de que me ocupó presenta, como única alteración de los diversos modos de comunicación, ya activa, ya pasiva, con el mundo exterior: la imposibilidad absoluta de expresar su pensamiento por medio de la palabra hablada.

Se trata, pues, de la forma de afasia que hemos descrito anteriormente con el nombre de *afasia motora subcortical fonética*.

Para terminar esta historia clínica, diré so-

lamente que, repuesto el enfermo del catarro gástrico que padecía, salió del Hospital el 20 de Noviembre del mismo año.

Y al dar aquí por terminado este insignificante trabajo, y antes de exponer las conclusiones que creo pueden deducirse de él, he de permitirme hacer la siguiente manifestación:

No se me oculta que el estudio de un síntoma no puede ser completo sin que se indique algo, siquiera sea poco, de su etiología, de las lesiones anatómicas que lo determinan y de su tratamiento.

Al prescindir en absoluto de la etiología y del tratamiento de la afasia, y casi por completo de su anatomía patológica, no lo hago, pues, porque desconozca la importancia de ninguno de ellos y mucho menos la de la última, sin cuyo estudio bien se yo, y se deduce claramente de mi trabajo, que no se puede dar un paso en el conocimiento de la afasia.

Tal limitación ha obedecido principalmente, á mi creencia de que un trabajo del presente género no debe traspasar ciertas dimensio-

nes, y á la convicción de que, de haber dado cabida en él á todos aquellos asuntos —y aún cuando fuese tan sólo al estudio de la anatomía patológica de la afasia— tendría necesariamente que dar al presente escrito una extensión, doble por lo menos, de la que ahora alcanza y que creo sería excesiva. Y no ha dejado tampoco de influir en esta decisión mía la consideración de que, no habiendo podido hacer estudios necroscópicos en los casos clínicos que he presentado, todo cuanto de anatomía patológica pudiera exponer aquí, tendría, necesariamente, que ser una recopilación, más ó menos exacta y abreviada, de lo que aparece consignado en las distintas obras que se ocupan del asunto, sin nada, absolutamente nada personal, por insignificante que fuera, —como lo sería siendo mío— que pudiera darme motivo para tal exposición.

Y hecha esta salvedad, pasaré á exponer las conclusiones que creo pueden deducirse del presente trabajo.

CONCLUSIONES

Primera.—No están en lo cierto los que sostienen que existe una independencia absoluta de los cuatro elementos de la palabra educada, que hemos considerado, y afirman que los casos de afasia en que hay un cuadro complicado son producidos siempre por lesiones cerebrales múltiples. Nos demuestra lo contrario la relación de muchas observaciones en las cuales, durante la vida, se presentaban alteraciones de varios elementos de la palabra, y en la autopsia, sólo se hallaron lesiones cerebrales únicas.

Segunda.—Tampoco están en lo cierto los que afirman que todos los casos de afasia son complicados, es decir, que no se presentan alteraciones únicas de ninguno de los elementos de la palabra educada, sosteniendo la influencia y subordinación constante de los unos con relación á los otros. Los distintos casos de alteración única descritos por varios autores y las dos observaciones propias que hemos consignado anteriormente, echan por tierra tal teoría.

Tercera.—Se hace necesario, por tanto, admitir: que determinadas alteraciones de algunos de los cuatro dichos factores, traen consigo, necesariamente, alteraciones de algunos de los demás, y á estos casos corresponden las formas *corticales* y *transcorticales* de la clasificación expuesta; pero es necesario admitir también que existen alteraciones únicas é independientes de cada uno de dichos factores, correspondiendo á estos casos las formas *subcorticales* de dicha clasificación.

Cuarta.—Dada la analogía existente, y que queda demostrada, entre las formas de afasia llamadas *subcorticales* por los autores, de una parte, y la *alexia* y la *agrafia*, de otra parte, deben considerarse estas últimas como verdaderas *formas subcorticales* de la afasia é incluirse como tales en la clasificación de las mismas.

Madrid 7 de Junio de 1898.

Manuel Varela Radio.

Verificó el ejercicio del grado de Doctor en este día y fué calificado de Sobresaliente.

Madrid 18 de Junio de 1898.—*El Presidente:*

DR. A. SAN MARTÍN.—*El Secretario*: DR. P. IZQUIERDO.—*Vocales*: DR. F. CRIADO Y AGUILAR.—
DR. S. RAMÓN Y CAJAL.—DR. LUÍS GUEDEA Y
CALVO.





