

CLINICA INTERNA

Recordación á propósito de la Afasia.

Memoria presentada á la Academia N. de Medicina de México, por el DR. ANTONIO A. LOAEZA, Profesor en la Escuela de Medicina y en el Instituto Médico Nacional, Miembro titular de la misma Academia.

Las circunstancias son tales, que al presentar mi trabajo de concurso en esta docta Asamblea, me ocupé de las localizaciones medulares, y hoy, estando á la orden del día el asunto de la Afasia, traigo á la consideración de mis sabios consocios algo relativo á localizaciones cerebrales. Hoy, como entonces, tengo que repetir la frase del sabio Profesor de Neurología de la Salpêtrier, del Dr. Charcot, quien decía: «La naturaleza de la lesión es indiferente, su localización es todo.» Pensando así y sabiendo como artículo de fe médica sobre el asunto, que la localización del lenguaje era una de las mejor estudiadas, ya se comprenderá con cuánta sorpresa recibiría yo el artículo del Sr. Dr. Pierre Marie publicado en el núm. 23 de «La Semaine Medicale,» correspondiente al 15 de mayo del presente año, en el cual duda de dicha localización y de cuyos detalles después me ocuparé.

El Sr. Dr. Francisco Hurtado trajo en una de las primeras sesiones del actual año académico, este asunto, aunque de una manera secundaria á propósito de una autopsia que por entonces practicara, y como se trató sucintamente el tema, después él y yo nos hemos ocupado de su estudio en el seno de la Sociedad de Medicina Interna, me ha parecido oportuno extenderme en esta recordación para escuchar con tal motivo las sabias enseñanzas de la Academia acerca de este asunto.

Diré desde luego que el término Afasia quiere decir, según su etimología griega, privativo, de palabra, y además recordaré que este término actualmente de uso corriente fué creado por Trousseau, queriendo designar por él la imposibilidad de traducir el pensamiento por medio de la palabra. Después, aplicándose á las perturbaciones de todos los medios por los cuales el hombre comunica su pensamiento á sus semejantes, se extiende hoy á todas las transfor-

maciones de orden mímico en la especie humana que forma la facultad signatrix de KANT.

Es bueno tener igualmente presente el hecho de que hay varias circunstancias por las cuales el hombre puede perder la facultad de ponerse en comunicación con sus semejantes, sea la primera, el caso en que falten las ideas, y esto se verifica en las perturbaciones cerebrales de orden psíquico, cuando la inteligencia falta totalmente ó está muy disminuída; tal se ve en algunas vesanias, en el coma, etc.

El segundo hecho se refiere al caso en que estando conservada la inteligencia, el hombre no puede hablar por la falta de función de los centros del lenguaje ó por lesión de los conductores que de ahí emanan, esta es la Afasia.

Tercero y último, el lenguaje es imposible cuando están paralizados los órganos que se necesitan para articular las palabras, sea por lesión central, sea por lesión periférica; á esto se llama Anartria y Disartria.

En esta memoria me ocupo principalmente de la segunda de estas alteraciones, es decir de la Afasia, tocando las otras por verdadera necesidad. Todos sabemos perfectamente que el notable antropólogo francés Broca, presentaba el año de 1861 ante la Academia de Medicina de París, la memoria fundamental relativa á esta perturbación del lenguaje, pues aun cuando para él todo se limitaba á la falta del lenguaje articulado, lo cual llamaba Afemia, no por eso es menos monumental su trabajo, tanto en el orden clínico como en el anatomo-patológico. Algunos tratadistas señalan á los Sres. BULLAUD y MAX DAX, como siendo quienes en años anteriores habían previsto las ideas que asentara después BROCA.

Más tarde todas estas nociones se han revisado numerosas ocasiones y han recibido franco y amplio empuje con los trabajos de hombres como Charcot, Trousseau y Jacoud, en Francia; como Jackson y Ogle, en Inglaterra; y Wernicke, Kusmaule y Lichtheim, en Alemania; llegando en manos de los modernos neurologistas al estado en que la encontrara Pierre Marie, el cual luego expondré, pero antes consigno si se me permite los nombres de Dejerin, Miralie y Berheim, en Francia, como los de los más notables tratadistas de la Afasia. Y los de Flechhsig, Krause y Bectereu, en Alemania; así

como los de Semmon y Horsley, en Norte América; y otros muchos en las demás naciones cultas, como siendo los sostenedores de los centros cerebrales de la Afasia.

Me propongo describir primeramente cómo y cuándo se presenta la Afasia, y luego cuáles son los procedimientos por los cuales el Clínico las reconoce, es decir, la exploración del síntoma Afasia y por último, trazaré el estado actual de la cuestión.

Han sido bien variadas las etapas recorridas por la Afasia: primeramente se ocupaban los médicos de estudiar los casos clínicos en los cuales se observaba que el hombre no podía comunicar sus ideas por la palabra. Más tarde se comprendió que no sólo la palabra articulada tiene el hombre para comunicarse sino que también lo logra por la escritura, siendo además preciso no sólo emitir estos órdenes de lenguaje, sino también comprender todo cuanto oímos, sea lenguaje hablado ó el canto, así como la mímica, y todas las alteraciones relativas, reciben hoy el nombre de Afasia.

En el período que puede llamarse anatomo-clínico, Wernicke presenta casos que no siendo de la llamada Afasia de Broca ó motora, los enfermos no pueden comprender lo que leen ni lo que se les dice, existiendo una verdadera ceguera psíquica del lenguaje. Kussmaul divide la Afasia de Wernicke ó sensorial en sordera verbal (pérdida de la comprensión de las palabras oídas) y ceguera verbal (imposibilidad de comprender las palabras escritas). Exner en 1818 estudió la pérdida de la facultad de escribir, consignándola con el nombre de Afasia, en el capítulo de las Afasias. Se crían de este modo, cuatro centros cerebrales del lenguaje, y Charcot hasta califica los hombres de auditivos, visuales, motores é indiferentes, según que utilicen de preferencia uno de estos centros con relación al otro ú otros.

Queda en estos momentos el período actual, el modernismo que ocurre llamar de síntesis, en el cual se hacen las agrupaciones de los distintos conocimientos obtenidos desde hace cerca de 50 años y en el cual se trata de definir para siempre las verdaderas localizaciones del lenguaje.

Para tener una idea clara de la manera como hasta hoy se entiende la Afasia de recepción (sensorial) y la de trasmisión (motriz),

con toda la complicación hoy existente de las cuatro variedades de Afasias corticales ya descritas, quedando el estudio de las llamadas transcorticales; debe saberse que: aquellas en las cuales permaneciendo íntegra la corticalidad se interrumpen las fibras de conexión de todas ó de casi todas, ó por último, de uno de los centros en la substancia blanca. Es tan complicado este problema, que hasta hoy sólo se explica con la hipótesis de un polígono que uniera los cuatro centros comunmente aceptados para el lenguaje y para obtener otros muchos conocimientos nuestros, con otro punto de la corticalidad situado en plena zona psíquica, con el cual se obtuviera, por decirlo así, la reflexión de todos los elementos con los cuales nos es dable reconocer un objeto. Supongamos, v. g., el conocimiento de un timbre eléctrico despierta en nosotros la idea de que por la impresión visual en lo que toca á su forma, la auditiva por lo que se refiere á los caracteres del sonido que le son propios, la táctil por su consistencia y demás detalles de forma, etc. Todas estas impresiones unidas nos dan la idea de timbre eléctrico y forman en nuestra mente la idea simbólica de ese objeto. Si suponemos una lesión en uno de estos trayectos de asociación, tendremos una especie de Afasia de conductibilidad transcortical. Supónganse construídos polígonos en los cuales tengamos los cuatro centros corticales del lenguaje, y además un centro auditivo común, y un centro visual común y con ello se encuentra clara y fácilmente la alexia subcortical, la agrafia subcortical, la sordera verbal de conductibilidad y la ceguera verbal psíquica Brisaud y Souques.

Pasemos ahora á la manera de explorar esta gran cantidad de afasias, si puedo decirlo así. Lo que ocurre explorar desde luego es la palabra articulada para lo cual basta comunmente hacer preguntas al Afásico, notando con toda atención las contestaciones que suministra. Es igualmente oportuno fijarse en la palabra espontánea, ver en ésta cuáles son la frase ó frases más comunes en cada caso. Hay algunos que sólo dicen si ó no, ó bien pronuncian un ruido extravagante como único lenguaje. Para obligarlos á hablar se les ruega decir su nombre, su lugar de origen, que refieran sus ocupaciones habituales, etc., con lo cual puede el clínico darse cuenta de la pobreza del vocabulario, y también si construye en el sentido especial

llamado telegráfico ó si emplea una palabra por otra (parafasia) ó bien si dice palabras incomprensibles (jargonafasia).

Igualmente importa hacer cantar á un afásico para ver si se logra que lo efectúe; ó si no logra tararear un aire conocido (amucia).

Después se estudiará en estos enfermos la lectura en alta voz, á veces sólo logran encontrar en toda una foja, una palabra que les es familiar, v. g., su nombre propio ó apellido, y les es difícil reconocer los nombres de los miembros más íntimos de su familia. En este caso lo importante es saber si el enfermo comprende lo que lee, á cuyo propósito se le debe variar el asunto de lectura y aún el libro, dirigiéndole preguntas que nos demuestran si está ó no en conocimiento de lo que lee. Debe buscarse igualmente si conoce todas las letras del alfabeto é igual cosa urge efectuar para con las sílabas. En el caso de un políglota hay que recordar que el lenguaje materno es el que más se conserva y el que se recupera primero.

Respecto de la escritura, son tres los medios con los cuales debe investigarse su estado: el primero, la escritura espontánea; el segundo, la escritura al dictado; y el tercero, la escritura en copia; viendo si la letra de imprenta se trasmite como tal ó en letra de carta y debe ocurrirse para escritura en estos enfermos al uso de los dados. Debe también investigarse la escritura de los números y aún la ejecución de pequeñas operaciones de aritmética. Igualmente la mímica general del paciente debe ser estudiada, con lo cual se ayuda el práctico á formar juicio respecto al grado de inteligencia del enfermo.

Todas estas perturbaciones se muestran en grado variable, haciendo en casos, según la predominancia sintomática de alguna de ellas, el diagnóstico de la variedad de localización de que se trata, y así, para no hacerme difuso, pondré un solo ejemplo: En la Afasia motriz cortical, tipo Broca, los diferentes modos de lenguaje están alterados, predominando los relativos á la palabra hablada, y esto se conserva aún al ir mejorando los enfermos; primero mejoran la ceguera y la sordera verbal y hasta lo último viene la mejoría de la palabra. En la Afasia motriz subcortical, las perturbaciones son sumamente comparables á las descritas respecto de la palabra hablada, leída ó repetida, solamente que la escritura espontánea y

bajo el dictado se conservan y el recuerdo de las imágenes auditivas es perfecto. El enfermo conserva una mímica notable y con ella indica el número de sílabas de una palabra, esto unido á la posibilidad de escribir correctamente sus ideas con cubos, muestra que el lenguaje interior está intacto y sólo falta la posibilidad de emitir sonidos articulados, esto es, palabras. Hay autores como Freund y Pitres que niegan la existencia de esta afasia de Broca llamada pura, manifestando que se trata de hechos de Disartria y colocan estos enfermos entre los pseudo bulbares.

Cosas análogas se pueden decir para las afasias sensoriales ó de recepción; y á propósito de ellas no me extiendo porque se exploran aplicando en cada caso principalmente lo que ya relaté para la ceguera ó la sordera verbal.

Respecto de la afasia, debe explorarse con mucha atención según queda dicho y debe saberse que presenta sus alteraciones especiales en la afasia motriz cortical y sub-cortical, así como en las sensoriales.

Todo lo anterior se sabía perfectamente y también se conocían los cuatro centros en que residía para la mayor parte de los autores, las imágenes del lenguaje: 1º, el de la afasia motora, en el pie de la tercera circunvolución frontal; 2º, el de la sordera verbal situado en la parte posterior de la primera temporal izquierda; 3º, la ceguera verbal situada en el pliegue curvo; 4º, la agrafia situada en el pie de la segunda frontal izquierda, con tal cual variante. Respecto á la extensión de esta zona del lenguaje todos estaban de acuerdo en admitirla, colocada en el hemisferio derecho para el zurdo y en el izquierdo para el diestro. Se refería toda afasia, á lesión de una parte más ó menos grande de esta porción de la corticalidad ó bien á que un sector más ó menos grande de esta corticalidad fuese aislado para su funcionamiento fisiológico, haciéndose las dos grandes divisiones anatomo-patológicas que ya he venido repitiendo: las afasias por lesión de la zona del lenguaje ó las puras ó sub-corticales.

Así estaban estos conocimientos desde el año de 1825 en que Buillaud se daba cuenta de la necesidad de una localización cerebral especial para el lenguaje, hasta la época actual, en la cual Dejerine como el primero, ha dado los notables resúmenes é ideas so-

bre la afasia, efectuando todos sus trabajos, principalmente en la Salpêtrière, en cuyo asilo es médico, además de Profesor en la Facultad de Medicina de París, y este señor ha tenido especial cuidado de servirse en sus estudios de los datos anatomo-patológicos, no sólo macroscópicos sino microscópicos y todos los asuntos que llevan su firma tienen esa garantía de verdad plena.

Entonces es cuando viene á luz la memoria del Sr. Pierre Marie, quien es médico del Manicomio de Bicêtre y Profesor adjunto de la Facultad de Medicina de París, en la cual memoria niega este respetable autor la existencia de los centros del lenguaje que estaban admitidos totalmente en la corticalidad. Marie niega la especialización del centro motor de la palabra articulada y tampoco acepta los centros auditivos ó visuales de ella bajo el punto de vista de las imágenes ahí formadas. Por lo cual siendo para él inexacta la teoría llamada psico-fisiológica del lenguaje, lo es igualmente todo lo relativo á la afasia. Para este autor la afasia sensorial se debe á una sola causa, la disminución de la inteligencia; en tanto que la afasia de Broca, es debida á esta misma falta de la inteligencia, más una lesión concomitante del núcleo lenticular, lo cual produce anartria.

Por lo enormemente discrepante de lo admitido hasta aquí, este artículo causó gran sensación y en todas partes ha sido contestado especialmente por el mismo Dejerine, el cual dice á Pierre Marie en resumen: que el lenguaje interior, aquel por el cual nos damos cuenta de nuestras ideas antes de emitirlas, el que tenemos á solas en nuestro gabinete de trabajo, obedece á ideas sensoriales y nada más que sensoriales, puesto que es una verdadera voz interior la que nos habla. Por otra parte no se empeña en negar á Marie los trastornos intelectuales de los afásicos, los cuales realmente se han referido en todos los tiempos, indicando Dejerine que esos trastornos son muy variables, desde los inapreciables del afásico subcortical, hasta los exageradísimos del afásico cortical total con lesión arterial generalizada; por lo cual algunos hasta han hecho el razonamiento inverso diciendo: que el atacado de afasia motriz cuando sobrevive mucho tiempo sin comunicarse con sus semejantes, ó el enfermo atacado de afasia sensorial que la apercibe, pierde en la inteligencia por falta de funcionamiento de ella. Nada raro sería, en efecto, que

en realidad á la larga disminuya la intelectualidad por la falta de función.

Hace constar el propio Dejerine que cuando un afásico motor cura, suponiendo que hubiese disminuído su inteligencia, la recobra, puesto que la usa de nuevo y totalmente, con lo cual parece poco probable que la falta de ésta perturbara el lenguaje, más bien ocurre que la de él fuera causa de debilidad de la primera. Refiere hechos de afásicos por sífilis ó por comprensión quirúrgica pasajera de la zona del lenguaje, que una vez curados toman de nuevo sus ocupaciones habituales, y cita el hecho de Belarge, de una mujer que pronuncia palabras incoherentes, sufre al no poderse explicar y se ve que ella no es loca porque aprecia su estado y no comete actos irrazonables, siendo un caso típico de afasia sensorial.

Por otra parte, y es una cosa acerca de la cual no se explica el Sr. Marie, se le hace constar con gran justicia, la gran coincidencia consistente en que: los diestros se hacen afásicos por lesión del hemisferio izquierdo y los zurdos lo son á consecuencia de padecimiento del derecho, para lo cual sería preciso probar que un hemisferio dado tiene mayor acción que el otro en cada caso para la génesis de la inteligencia. Se objeta también que puesto que la debilidad intelectual es causa de afasia, ésta debía presentarse en todas las demencias y muy desde el principio de ellas, cosa que realmente no acontece, y en cambio, sí se verifica que, en un paralítico general, capaz de expresar por la escritura sus ideas, puede producirse un foco de reblandecimiento cerebral en la zona del lenguaje y de esto se hace un afásico.

Refiriéndose á la localización de la afasia motriz, Pierre Marie se funda para no aceptar la localización comunmente admitida: 1º, en una observación suya, en la cual estando destruída la circunvolución de Broca en un diestro, el enfermo no era afásico; y 2º, en que habiendo afasia de Broca, existe integridad completa de la tercera frontal, según observaciones del mismo autor. A esto diré que ya se ha señalado el primer hecho de tiempo atrás y se ha explicado diciendo que los sujetos son ambi-destros ó bien por la suplencia de la circunvolución del hemisferio opuesto, siendo además preciso tener en cuenta los casos en que aun cuando esté conservada la

región cortical, no se hallan íntegras las porciones subcorticales. Desde 1882, Charcot mostraba que las lesiones debidas á la porción subcortical de Broca producen una sintomatología muy comparable.

El Sr. Dejerine declara, que cuando se presenten los estudios histológicos de los cortes en serie, de los cerebros estudiados por el Sr. Marie, dará su opinión acerca de la importancia de esa prueba, pues Dejerine duda con justicia de los estudios meramente macroscópicos y espera además ver el estado de la substancia blanca, el de las fibras de asociación y de proyección en el hemisferio enfermo y todo microscópicamente para formalizar su juicio.

Según se recuerda, el Sr. Marie da como localización de la afasia motora dos centros: 1º, lesión de la zona de Wernicke (sensorial); 2º, lesión del núcleo lenticular. Esto lo objeta el Sr. Dejerine por dos vías, una clínica y anatomo-patológica la otra. Respecto de la primera, hace ver que las perturbaciones de sordera y ceguera verbal en los afásicos motores son muy distintas de las de los sensoriales, tanto bajo el punto de vista de la intensidad, como bajo el punto de vista de la manera especial de ser de esas perturbaciones. El hecho resulta principalmente en lo que toca á la sordera verbal, puesto que el afásico motor entiende muy bien el lenguaje. En cuanto á la escritura, el afásico de Broca copia lo impreso y en manuscrito y por largo tiempo casi no hay alteración en la escritura, lo cual hace afirmar á Dejerine que en ellos el lenguaje interior está intacto. Con esto ve este autor una incompatibilidad entre los tipos de afasia que el Sr. Marie quiere unificar.

Entrando Dejerine en el análisis de los casos anatomo-clínicos, relacionados por Pierre Marie como probatorios de sus ideas, manifiesta en primer lugar, como ya dije, que falta el examen histológico, cosa que cree indispensable, sobre todo tratándose de ideas nuevas. Al primer hecho de Marie lo califica de anartria, por lesión del núcleo lenticular del hemisferio izquierdo, el segundo se refiere á una lesión extensísima que sólo respetó la corticalidad y la substancia blanca de la primera frontal y de las primeras temporal y occipital, quedando destruída entre otras la tercera frontal; pero esta lesión á lo cual agrega Marie, «sin duda que está reblandecida la tercera frontal; pero esta lesión es sobre añadida y si no hubiera

sido atacada, la afasia de Broca no hubiera dejado de presentarse, » cosa que precisamente se trata de probar. Hace notar, además, el Sr. Dejerine que, el Sr. Marie no tiene cuenta de todas las autopsias con afasia de Broca, en las cuales toda la zona de Wernicke ha permanecido intacta. Su tercer caso, también de lesión muy extensa de la substancia blanca ténporo-occipital y de las cápsulas interna y externa, hace pensar como los anteriores, que fueron hechos de afasia total los observados y no de afasia de Broca. Para contrariar la idea de que los afásicos tipo Broca, sean sensoriales acompañados de anartria, hace saber el Sr. Dejerine, que las experiencias de Grunbaum y Sherrington, permiten localizar los hacecillos que imprimen movimiento á los órganos de la palabra en el opérculo frontal, por lo cual, cuando la circunvolución de Broca está destruída, el enfermo no logra hablar; pero sí hacer todos los movimientos. Además, el mismo señor está convencido de que para que se produzca la anartria, es preciso una lesión bilateral en los nucleos lenticulares, lo cual ha demostrado por cortes histológicos. Por otra parte, tomando el lado clínico y ocurriendo á la observación de todos los prácticos, Dejerine hace ver, como en todos los tiempos se ha verificado, que el afásico Broca tiene los movimientos de los órganos de la palabra y lo compara con el anártrico típico, de lengua perezosa, de voz nasal, de deglución difícil, de comisuras labiales sucias por la saliva y de inteligencia debilitada. Hace ver cómo el afásico tiene á su disposición unas cuantas palabras que pronuncia muy correctamente y no puede decir otras, y este mismo enfermo es capaz de cantar toda una canción, lo cual demuestra que el afásico motor no es un disártico, porque éste pronuncia mal, muy mal, todas las palabras, por lo cual dice Dejerine «es un gran error de Marie el ver relación entre estos hechos cuando no existe ninguna» y para verificar plenamente el hecho de que en la tercera frontal está localizada la trasmisión de la palabra articulada, cita dos casos acompañados de autopsia y de cortes microscópicos en serie. Y concluye creyendo que la doctrina de la afasia reposa sobre sólida base consagrada por el tiempo. Declara, además, que las perturbaciones de la inteligencia al existir en los afásicos, nada tiene que ver con los síntomas de la afasia y también que las perturbaciones de la palabra en

ellos nada tiene que ver con la anartria. Para terminar, recuerda á Marie sus palabras cuando aquel dice: «cuando se trata de dogmas transmitidos por otros hombres, se les puede recordar, si no son tan falibles y tan ignorantes los que los dieron, como los otros al decirles: «qu'en savaient-ils» (¿qué sabían ellos?) Lo que sabían, dice Dejerine, es lo que saben, lo que acabo de demostrar, lo cual prueba que el dogma tiene á veces algo bueno. Y á los cien casos de Marie y á sus cincuenta necropsias, Dejerine contesta con algunos centenares estudiados en 25 años, y agrega su contrincante las siguientes palabras de Morgagni: «non numerandæ sed perpendendæ sunt observationes.»

Ultimamente acaba de ver la luz un nuevo artículo de Marie en «La Semaine Médicale,» en la cual ataca el asunto de las afasias sub-corticales, hecho ya conocido como lo he manifestado desde la época de los Sres. Freund y Pitres; además, insiste en sus ideas sin dar la prueba histológica y ataca los dos casos anatómicos de Dejerine, diciendo, que uno aún está en estudio y otro, según frases que copia de Berheim, pudiera para Marie apoyar sus ideas, propone una nueva clasificación de la afasia en intrínseca y extrínseca que sólo tiene algo de ingenio.

Hasta aquí los conocimientos que he querido dejar reasumidos ante esta respetable Academia. No tenemos en México cortes histológicos en serie para agregarlos á uno ú otro platillo de la discusión; pero sí hechos clínicos que recordamos de afásicos inteligentes y nada anártricos que van en contra de las ideas en Marie.

Me complació saber en esta Academia que el Sr. Dr. Terrés no aceptaba el modo de ver de Marie, porque según todo lo expuesto dejaban en mi ánimo muchas dudas aquellas afirmaciones. Hoy tengo gusto en copiar parte de las ideas suyas publicadas hace tres días en el núm. 7 del tom. 17 de «La Revista Médica.» Marie comienza por atacar el concepto de las afasias llamadas de comprensión ó de recepción ó sensoriales, y para esto intenta probar que no existe la sordera verbal sin preocuparse ni un momento de la ceguera, como si de que llegase á probar aquello, resultare forzosamente que tampoco la alexia es individualidad sintomática.

«Al decir que en el artículo se niega la individualidad de sordera

verbal, llamada constantemente afasia de Wernicke, me preocupo del fondo de la idea, despreciando alguna contradicción que hace dudar de que haya sido bien meditado dicho artículo. En efecto, al principio (página 241, columnas 2 y 3) dice Marie (y en esto hay también contradicción y confusión, como lo probaré después), que cuando un afásico no entiende lo que se le dice, no es porque tiene sordera verbal, sino porque está marcadamente disminuída su capacidad intelectual, y esto lo repite al comenzar la 6^a división del artículo (página 243, 2^a columna), escribiendo seis renglones después: «y sin embargo, la afasia de Broca por una parte y la de Wernicke por otra, son realidades clínicas indiscutibles.» Mas á pesar de ser indiscutibles estas dos realidades clínicas, Marie cree que ninguna es real.»

«Que en todo afásico hay alteración intelectual, es indiscutible, supuesto que el lenguaje es función intelectual; pero de esto y de que muchos afásicos no entiendan lo que se les dice con muchas frases, á pesar de entender, cada palabra, cada frase ó algunas de ellas cuando son pocas, no se puede inferir que en ningún afásico están perdidas, exclusiva ó principalmente, la facultad de comprender la significación de las palabras; es decir: así no se prueba que no exista la sordera verbal.»

«A propósito de las afasias de conducción ó de expresión, ó motrices, se ocupa Marie exclusivamente de la de Broca, de la que consiste en la alteración del lenguaje hablado, y dice que hay casos en que las lesiones de la parte posterior de la tercera frontal izquierda no causan afasia, y hay afasias con integridad de esa circunvolución. Con claridad se ve que estos argumentos son muy superiores á los aducidos en contra de la existencia y sitio de la sordera verbal; pero tal vez no son decisivos.»

«Ya se había admitido que no siempre está el centro del lenguaje hablado en la parte más posterior de la tercera circunvolución frontal izquierda, sino proximamente ahí, unas veces más adelante y otras más atrás, y quizás á veces más arriba y en ocasiones más abajo.»¹

¹ Véase, por ejemplo, el tratado de medicina de Charcot, Bouillard y Brissaud, 2^a edición, tom. 4^o. pág. 164.

«Respecto á la existencia de afasias de Broca sin lesión de la circunvolución del mismo, debe decirse que es posible confundir la verdadera afasia con la anartria, y aun hay motivo para pensar que Marie las confunde, á pesar de ocuparse especialmente de distinguirlas. En efecto, considera que hay afasia de Broca cuando á la sordera y ceguera verbales se agregan la agrafia y la imposibilidad de hablar (página 243, columna 2) y cuando existe esta imposibilidad aislada hay, en concepto de Marie, anartria ó disartria.»

«Ahora bien; en esto parece haber una confusión. La afasia es una alteración psíquica y la anartria es exclusivamente corporal; la primera se refiere á la memoria de las palabras, y la segunda á la conducción de la movilidad. Se han dado casos de individuos que sabiendo hablar varios idiomas, sólo perdían el recuerdo de uno, ó que sólo olvidaban los sustantivos de un idioma y que, por lo mismo, únicamente podían expresar sus ideas en determinado idioma (cuando antes en otros) ó teniendo que recurrir á perífrasis para explicar lo que perfectamente comprendían.»

«Teniendo en cuenta esta confusión posible de la anartria con la afasia, se concibe que pueda creerse haber encontrado intacto el centro de Broca en casos de afasia que, en realidad, son disartria.»

Todo lo anterior nos obliga á estudiar los hechos clínicos de afasia, á tenerlos bien categorizados y á buscar las lesiones anatómicas al microscopio, para tener hechos absolutos que oponer á las ideas de Marie, que aunque nuevas, parecen llevan en el caso la peor parte.

México, 21 de noviembre de 1906.

ANTONIO A. LOAEZA.

PATOLOGIA INTERNA.

Herencia de la Lepra.

Trabajo extraordinario que presenta el subscripto á la H. Academia N. de Medicina, como continuación á la impugnación que inició en la sesión del día 21 del presente á la memoria sobre lepra presentada al concurso.

Refiriéndose á este punto que ha sido muy debatido por todos los tratadistas, el autor de la memoria no demuestra tener duda al-