

PSIQUIATRIA.

Un caso de Afasia Motriz pura, de muy difícil localización Anatómica.

En medio de la aparente confusión que existe en las clasificaciones de la afasia, hay una variedad, la de las llamadas *afasias puras*, que se presta más que otras al embrollo, y hasta han sido negadas por algunos autores, bien sea, por no encontrar los clínicos, hechos perfectamente comprobados, bien, porque la anatomía patológica, no está en absoluta consonancia con lo demostrado en la observación de los enfermos. Para tratar algo de lo tocante a la afasia motriz pura, deseo me sirva el presente trabajo reglamentario.

Establecí ante esta respetable Academia, en una de mis anteriores memorias, que, entre las numerosas clasificaciones propuestas para entender los hechos de afasia, debía conservarse la de la Escuela de Charcot a título didáctico, la cual comprende: la sordera verbal, la afemia, la ceguera verbal y la agrafia; repito que siempre son útiles de conocer, para guiarnos en el embrollado camino de la afasia. Asenté también que no son los citados casos los que pueden observarse con toda frecuencia en la clínica; por lo cual debía entenderse desde este punto de vista, la clínica, como enteramente aceptable la clasificación que divide las afasias en los tipos Broca, Wernichk y total, porque así son los casos más frecuentes enseñados por la práctica. Dije también que Dejeríne, venía sosteniendo de años atrás, la existencia de *afasias puras*, caracterizadas clínicamente, porque se perturba el medio que por excelencia constituye el lenguaje, el hablar, u otro de los descritos y anatómicamente, por lesiones corticales o subcorticales. De acuerdo con varios autores, manifesté mis dudas acerca de lo que afirma Dejeríne. Expliqué, por último, que en Alemania, se acepta una clasificación esquemática de Lichtheim, para obtener afasias transcorticales, internucleares y nucleares subcorticales. Deshecho esta clasificación, justamente por no tener tales va-

riedades sus representantes en los hechos reales de la clínica, puestos de acuerdo con la anatomía.

Pero volvamos a los tipos llamados puros, que son los que me ocuparán esta noche.

En la afasia motriz pura, el enfermo no logra hablar espontáneamente, si por acaso emite una que otra palabra que siempre repite. Claro que la lectura en alta voz y la palabra repetida son también imposibles, ni aun el canto, hace que estos enfermos puedan emitir algunas palabras, ni menos frases. En cambio los enfermos cuando saben leer y escribir, pueden indicar el número de sílabas que tiene cada palabra, leen y escriben bien, y escuchan cuanto se les habla.

Dicho lo anterior, voy a escribir mi caso clínico.

Josefa Salazar, de 36 años de edad, Profesora de Instrucción Primaria, casada, originaria de la Ciudad de Guanajuato, ingresó a ocupar la cama N° 1 de la sala N° 9 del Hospital Juárez, el día 1° de Octubre de 1911. La enferma desconoce su herencia patológica, porque perdió a sus padres siendo muy pequeña. Sabe que ella sufrió viruela a los tres meses de edad, y en su primera juventud sólo tuvo fiebres de dos o tres días de duración, a las cuales no les concede importancia. Desaparecían sin medicación.

Séame permitido decir de una vez por todas, que, el resultado exhibido ahora, se obtuvo interrogando cuidadosamente a la enferma con asuntos concretos, a lo cual contestaba por escrito, con todo tino, pues se trata de una persona particularmente entendida. En todo el estudio de esta enferma fué eficazmente ayudado por los Sres. Velasco Dubois Juan y Ramón Fausto, alumnos del 2° curso de clínica médica.

La enferma ha sido de muy buenas costumbres, casó a los 15 años y pasó los primeros tiempos de su nuevo estado en perfecta salud. Tuvo 6 hijos, de los cuales viven 3. los restantes murieron, en esta forma: el 1° fué un aborto, el 2° de una bronquitis y el cuarto de ellos, nació muerto, macerado. Según dice la enferma, despellejándose. De los otros 3, los más pequeños han sufrido accidentes cutáneos, calificados de sífilíticos por los médicos que los han asistido, y el mayor de ellos, 3° de la serie, sufre de ataques epilépticos, según afirman igualmente las personas que lo han medicinado. Los accidentes atribui-

dos a la sífilis, se le ha dicho por los médicos militares que han curado por largo tiempo al esposo de la paciente, que los heredan de él, puesto que para ellos es un sífilítico perfectamente claro.

Hace cerca de 13 años, la enferma comenzó a padecer punzadas que se le dijo eran nerviosas, ocupaban la parte derecha de la cara, particularmente al derredor del ojo de ese lado; pero tenían un máximo, en la parte superior de todo el cráneo y en la frente. Cree la paciente que el dolor tenía un sitio predilecto, y lo señala en la fosa temporal del mismo lado. Además, este dolor se exacerbaba durante las noches y descansaba de él cuando tomaba calmantes, de los cuales ha abusado en los últimos años. Hace 3 próximamente, los dolores se hicieron más vivos e intolerables, tanto, que al día siguiente de una de las noches en que más los sufrió, pudo notar que no veía bien con el ojo izquierdo, ni oía con el oído de ese mismo lado, afirma igualmente que por entonces se desvió algo la boca hacia la izquierda (de esto no está segura la enferma) y se le hinchó la cara de ese mismo lado. Los dolores nocturnos en la cabeza continuaron cada vez con mayor fuerza, hasta que otro de tantos días, hace 2 años, notó no poder hablar, tener paralizados brazo y pierna izquierdas, así como el que su cara estaba desviada a la derecha (del último dato parece estar cierta la enferma) aun cuando en lo relativo a desviaciones de la cara repito, yo la encuentro vacilante. Con el tiempo transcurrido, ha mejorado de los movimientos de los miembros; la cara se ha desviado a su izquierda; pero de la palabra nada mejora. Al principio tenía dificultades para deglutir y actualmente han desaparecido. El alumno L. Ramírez, nos manifiesta en este momento que hace unos meses él notó algunas dificultades para la deglución en esta enferma.

Duerme medianamente cuando no le dan las punzadas, pues debo hacer notar que el sueño siempre es difícil de conciliar, y en las notas escritas por esta enferma casi al diario, para su médico de este Hospital, frecuentemente le pide medicina para dormir. Conserva la paciente humor aceptable, pues aun cuando se preocupa bastante de su estado, no pienso la tenga anodada. Su nutrición y estado de las fuerzas es para ella aceptable.

Siente y ha sentido, de años atrás, vértigos frecuentes que la hacen vacilar cuando camina, nota palpitaciones de corazón aun cuando esté en completo reposo.

Es constipada desde que sufrió los principales trastornos nerviosos y suele sentir dolores abdominales. No acusa alteración en las demás funciones digestivas. Hace cuatro días tiene ligeros tos, seca.

Por parte de su aparato urinario no se encuentra trastorno. Al fin acompaño el análisis hecho por el Sr. Dr. Otero. La enferma no menstrúa desde que sufre su enfermedad actual.

Es una persona de complexión robusta, su cara asimétrica; pero en sus miradas y en la atención que pone en todo lo que la rodea, denota su inteligencia. Existe asimetría marcada de su cara, la cual está desviada a la izquierda. La comisura labial derecha está un poco más baja. El ojo del lado izquierdo algo menos abierto que el derecho. Se marca mucho el pliegue yugo labial izquierdo, sin estar borrado del todo el derecho. Cierra con menos fuerza el ojo izquierdo. Los movimientos de los labios son casi nulos. Cuando ríe la enferma, hay desviación de ambas comisuras. Al abrir la boca el oboide de esta, es más desarrollado a la derecha. La lengua se desvía de ese lado, no puede elevarse su punta, ni moverse a la izquierda. *El velo del paladar se halla de tal suerte, que en el arco formado por él se nota menos estrecho a la izquierda que a la derecha.*

La enferma pronuncia la i-l-d-t y s, cuando uno se las hace repetir. Examinada su laringe se advierten como posibles todos los movimientos propios de ella.

No puede hablar espontáneamente más que una que otra palabra incompleta. Escucha perfectamente cuanto se le dice. Después de mucho esfuerzo logra repetir su nombre. La lectura en alta voz es imposible. La lectura para ella misma es perfecta. La escritura bajo el dictado lo es igualmente. La enferma *escribe copiando con toda corrección y escribe sus ideas de igual modo.* Tengo el gusto de acompañar algunas de sus notas diarias. La prueba de los tres papeles es perfecta.

8.—“Estoy todavía lo mismo, y a más quiero que Vd. me haga favor de darme las cucharadas para la tos que no me deja tomar el sueño, cuando las dolencias se me quitan.

Ya van dos días que tengo este dolor de cabeza, como Vd. no se pueda figurar, como si me estiraran de los cabellos, no más en un lugar del casco.

9.—Parece que estoy mejor, estos días sí me han frotado bien mi mano y ya no tengo cucharadas ni friega. Vd. me dice si puedo seguir tomando las píldoras de siempre con las que me recetaron ayer.

Y eso te lo digo delante de todos.

10.—Ya se me acabaron las píldoras. En el día no me da tanto la tos, pero anoche tosí tanto que ahora estoy con la cabeza sumamente desvanecida como borracha.

12.—Estoy muy bien, nada más con la molestia de la tos que no se quiere quitar y ya me acabé las píldoras.

13.—Ya me volvió otra vez la dolencia en el lado izquierdo de la cara. La tos no se me ha quitado y ya van tres cajas de píldoras que me tomo.”

Todos los actos que verifica en nuestra presencia, así como lo relacionado por las enfermeras y todos los datos relacionados en este estudio denotan el buen estado de la inteligencia de esta enferma.

El brazo izquierdo está muy cercano al tronco y el antebrazo en semiflexión sobre el brazo. La mano del mismo lado desviada del lado cubital, el pulgar en fuerte aducción y aplicado sobre la palma de la mano; el índice en semiflexión, el medio ligeramente doblado en su falangina y falangeta, los dos dedos restantes extendidos. Todo este miembro presenta cierto aspecto de contractura, contrastando de un modo notable con la libertad del miembro superior derecho.

El miembro inferior izquierdo se encuentra paralelo al opuesto, más el pie está desviado en fuerte extensión, plantar, y la punta en aducción, lo cual hace presentar a todo el miembro el aspecto de estar más largo que su homólogo.

Estudiando los movimientos, se nota que, la abducción del pulgar no es posible y por lo mismo también lo es el movimiento de oposición. La extensión de los otros dedos es muy torpe, especialmente la del índice y medio, también lo es la flexión de los dedos. Los movimientos de lateralidad del puño muy difíciles, los de flexión y extensión lo son un poco menos, quizá la pronación y supinación sean algo torpes. La flexión del an-

tebrazo y la extensión lo mismo que los movimientos del brazo, aun cuando ligeramente torpes, todos se ejecutan. Son precisos todos los movimientos. El contraste de lo indicado en la izquierda se marca con lo que se observa en la derecha, en donde todos los movimientos son fisiológicos.

Miembros inferiores: en el izquierdo, nótase que el pié puede tomar su actitud normal, los movimientos en este miembro son posibles, aunque un poco lentos los de flexión dorsal del pié y los de los dedos. La fuerza en la mano izquierda es nula y en el antebrazo y brazo está marcadamente disminuída, si se compara con lo que pasa en la derecha. En la pierna izquierda la fuerza también es bastante menor que en la derecha. Los movimientos precisos se ejecutan por todas partes. Cuando la enferma camina, *lo hace con todo cuidado, como si estuviese pendiente del movimiento de sus miembros* y al emprender la marcha de prisa, se nota ligera vacilación, esto es, temor para ejecutarla.

A la simple vista se advierten menos nutridos los miembros izquierdos que los derechos. Las eminencias ténar e hipoténar del lado parético, están algo atrofiadas y haciendo la medición en los miembros, se encuentra: brazo izquierdo a 5 centímetros arriba del puño 13 centímetros y 2 milímetros, a 11 abajo del pliegue del codo 18 centímetros, a 8 arriba del pliegue del codo 21. Las mismas dimensiones en el derecho son: 14-2, 20 y 22,2 respectivamente, esto es, hay buena diferencia a favor de este último.

En los miembros inferiores tenemos: lado izquierdo a 5 centímetros arriba del cuello del pié 20, a 10 abajo del borde inferior de la rótula, 28, a 5 arriba del borde superior, 37, a 16 arriba de este mismo punto, 47, para la izquierda; y las derechas son: 22, 29, 38 y 49, todas también mayores.

La sensibilidad se encuentra intacta, habiéndola buscado cuidadosamente. Al contacto, al dolor, a la temperatura, nada encontré alterado.

Investigando con varios sabores el gusto, se encontró intacto. El olfato también está intacto. Cuando se acerca un reloj a los oídos de la enferma, declara que no lo escucha y sin embargo, oye mi voz que no es de lo más clara. Hice sonar un diapasón con suavidad y lo oye perfectamente de los dos lados, distin-

guiendo si suena en tono agudo o grave. En el examen de la vista me negó ver el verde, rojo y amarillo con el ojo izquierdo, viendo en cambio el blanco y el negro. Dice no ver cuando le pregunto si me vé, y en cambio seda perfecta cuenta de si le presento 1, 2, 3, o más dedos, vacilando algo en cuanto al número cuando son varios los dedos que le presento. Hay pérdida del reflejo luminoso en ambas pupilas. Como creo de interés el detenido estudio de estos organos de los sentidos, publicaré el que hagan del oído y ojo, respectivamente los especialistas Sres. Dres. Juan Sánchez y G. Gómez Portugal.

Los reflejos superficiales están como sigue: no se advierte el del pie, el del abdomen, ni el glúteo. Existe el anal, está torpe el del pezón, y en cuanto a los tendinosos, se ve con facilidad que están exaltados y bastante, todos los del lado izquierdo. En ambos miembros son normales a la derecha. El de Babinsky unas veces se presentó a la izquierda y otras no, quizá por el modo como varias personas lo buscaron.

Las reacciones eléctricas investigadas por el Sr. Dr. Luis Parra dieron: disminución, casi falta de ellas, en los músculos del antebrazo y pierna que se hallan paresiados. Es casi normal en los otros músculos. En la cara, faltan las reacciones á la derecha y están algo exaltadas a la izquierda.

La punción lumbar nos dió un líquido transparente y el resultado del estudio hecho por el Sr. Dr. Otero consta al fin de esta historia. La exploración del aparato cardio vascular denota: el pulso de mediana frecuencia, 86 por minuto, amplio, algo tenso, marcadamente mas desarrollado en la radial derecha que en la izquierda. Hay latido en el hueco supra-external y ambas regiones carótides. La punta late en el quinto espacio intercostal izquierdo a 7 centímetros de la línea medio external. El área precordial se encuentra normal, la línea medio external tiene 5 centímetros, 7 la condro-external y 7 en la mamaria. El área preaórtica, aumentada de dimensiones, tiene 6 centímetros y medio en el 2º espacio intercostal. Los ruidos cardíacos en general están disminuídos. Hace claro contraste el aumento de intensidad del 2º ruido que se advierte en todos los focos, especialmente en el punto de auscultación del orificio aórtico.

La cuidadosa exploración del aparato respiratorio hace saber que existe una ligera disminución del murmullo vesicular en

la región supra-escapular derecha, [los demás datos se encuentran normales.

El abdómen está algo distendido, en general y abovedado hacia los flancos; se encuentran cuarteaduras y pigmentación de la línea media. Está doloroso el trayecto del colon, especialmente el ascendente. El área hepática tiene las siguientes dimensiones: línea media external, 6 centímetros, condro costal 10, mamaria, 11, axilar anterior, 13, media 10 y posterior 8. Nada anormal denota la percusión en el hipocondrio izquierdo, ni en el resto del abdomen.

Examen de la orina. Fue practicado por el Sr. Dr. Otero con el resultado siguiente:

Volúmen en 24 horas 910 c. c.
Color amarillo rojizo N° 4.
Reacción alcalina.
Aspecto, muy turbio.
Densidad, 1015.
Olor, fuerte, el propio de la excreción y muy acentuado.
Extracto seco 29.770. Sustancia mineral 4.914 en los 910 c. c. Materia orgánica 24.856.
Urea 4.946 en los 910 c. c. (disminuída.)
Acido urico 0.40.
„ fosfórico total 3.651.
Cloro, en cloruro de sodio 9.00.
Glucosa: sí: 4.55 en los 910 c. c.
Albumosa de Bence Jones: sí.
Serina: sí, 0.03 por mil.
Peptonas: nó.
Globulina: sí.
Mucina: sí.
Nucleo-proteína: abundante.
Hemoglobina: sí, abundante.
Urobilina: nó.
Acetona: sí.
Indican: huellas.
Diazoreacción de Ehrlich: negativa.
Examen microscópico.

1. cristales de fosfato amniaco magnesiano, de urato de amonio y de sodio.
2. células vesicales y vaginales degeneradas. Glóbulos rojos y globulinos (Gg. dgs.)
3. inmenso número de bacilos ureæ, de proteos y algunos trichomonas vaginales T.

Dr. OTERO.

ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA.

LABORATORIO ANEXO A LAS CLÍNICAS, EN EL HOSPITAL JUAREZ.

México, 15 de mayo de 1912.

ANÁLISIS de un líquido céfalo raquídeo, enviado en la fecha, por el Sr. Profesor del 2º Curso de Clínica Médica, Dr. Antonio Loeza.

EXAMEN QUÍMICO.

Volumen recibido 5½ c. c. en 1 tubo de ensaye, con tapón de gaza blanca.

Aspecto: perfecto límpido, sin depósito.

Reacción: alcalina.

Densidad: 1054.

Albumina: no.

Glucosa: sí.

Mucina: no.

Nucleoproteína: huellas.

Globulina: no.

Urea: 1.30 por 1.000.

Acetona: no.

(No alcanzó el líquido para dosificar las sales.)

FORMULA LEUCOCITARIA.

Lípfocitos	58 %
Polineuclares: neutrófilos	6 %
" acidófilos	6 %
De transición	5 %
Mononucleares	24 %
Y Mielocitos.....	1 %

ESTUDIO MICROSCOPICO.

1. Examinado primeramente *in natura* el líquido, aparte de innúmeras granulaciones y de apariencias de diplococci, surgieron a manera de bacilos en hileras (en abundancia), que por los vicios de las lentes parecen rosados. (fig. 1.)
2. Se imponía entonces el uso del Gram, quedando entonces bien pocos, muy escasos diplococcus, y en cambio *gran número de Spyrochætas*. (fig. 2.)
3. Entonces fué preciso teñir con Eosinazur de Giemsa, que presentó realmente Treponemas, pero granulosos. (fig. 3.)
4. Y hasta que la hematoxilina y la eosina, se veían y tiñeron bastante Spyrilos, en unión de ciertos bacilos, sus habituales acompañantes. (fig. 4.) Luego: *es eminentemente probable, en el enfermo en cuestión, cuyo nombre ignoro, la sífilis.*

DR. OTERO.

Tratemos de explicar los síntomas que presenta esta rara enferma, y, desde luego, lo que más llama la atención es la falta del lenguaje articulado. ¿Podrá ser explicada por el síndrome que más pronto ocurre, es a saber, por una parálisis labio-gloso laringea? Nótese desde luego, que en este padecimiento, lo primero que se ofrece es la dificultad para emitir las letras linguales, labiales y palato-labio-linguales; la voz tiene un timbre especial, es gangosa, como siempre que hay lesión del velo del paladar, además se emite con esfuerzo como si las expiraciones necesarias para el desarrollo del lenguaje fueran más enérgicas. Por otra parte, estas perturbaciones son, si se quiere, menos marcadas cuando se comienza a hablar que en lo sucesivo. Las frases son cortas, interrumpidas, monótonas, sin entonación y todo esto va avanzando de un modo lento, continuo, progresivo, jamás mejoran, nunca retroceden, y ya se recuerda que el Sr. Ramírez la vió deglutir con dificultad y nosotros nada notamos acerca de este síntoma, no llega de un solo golpe, para dejar al enfermo en la imposibilidad absoluta de hablar, y aun en caso de que los enfermos no posean ya lenguaje,

emiten un ruido como de fuerte expiración, como un gruñido, esto es, la imposibilidad no llega a ser absoluta como sucede en la afasia pura típica. Nada de esto se ofrece en el afásico; por otra parte, como la parálisis atacó los labios, el enfermo de parálisis tiene la boca abierta, por ella se escapa constantemente la saliva, además, estas y otras alteraciones paralíticas, nótese muy bien, son bilaterales, jamás predominan de un lado.

El examen de los músculos que deben paralizarse en la enfermedad núcleo-bulbar que me ocupa, pone de manifiesto que están, o en la imposibilidad de moverse o por lo menos tienen gran dificultad. Estos músculos poseen temblores fibrilares que indican su poca potencia y además no reaccionan con la electricidad; por último, el facial superior, el hecho es muy importante, pues indica que jamás se ataca en la parálisis de Duchén no que es la bulbar a la cual me refiero, toda vez que en ella se comprenden las alteraciones de los núcleos bulbares inferiores, del glosio-faríngeo, (noveno par) y de los nervios neumogástricos, espinal e hipogloso, esto es del 10º, 11º y 12º par, respectivamente. Jamás, repito, se han señalado en la polio-encefalitis inferior crónica, alteraciones del 7º y 8º par, esto es facial y auditivo, ni menos del 2º par, nervio-óptico, pues justamente se le da el nombre de inferior, porque ataca los núcleos más bajos de los pares craneanos ya señalados.

No se eche en olvido, pasando a otro orden de ideas, que la nueva circunstancia que salta a la vista en esta enferma, es su parálisis facial. Veamos si se relaciona con la enfermedad bulbar aludida; sus labios no se mueven normalmente; la asimetría de su cara es enteramente real. ¿Y qué de raro tiene que en una parálisis del facial no se muevan los labios con absoluta corrección, hecho que uno de mis alumnos me hacía notar ha poco cuando estudiamos esta enferma? Nada, absolutamente nada, puesto que justamente se trata de una parálisis y el paralítico no se mueve. Estudiemos ahora más detalladamente la variedad de parálisis facial de la enferma; en ella se ve que la comisura del lado izquierdo está abatida, el surco labio-geniano del lado derecho no se marca, parece que toda la cara ha sido arrastrada al lado aparentemente sano. Los movimientos ordenados a la enferma exageran más las desviaciones tan solo que el risorius de Santorini, no debe estar absolutamente paraliza-

do, puesto que cuando la enferma se ríe, algo desvía la comisura derecha, tanto, que otro alumno piensa que los fenómenos observados sean de contractura, de lo cual fué disuadido cuando el Sr. Dr. Parra Luis, demostró la pérdida de las reacciones eléctricas en el lado derecho. Además, bueno es recordar que el movimiento de los labios al reír es de mímica y hoy está aceptado que en las lesiones colocadas arriba de los núcleos grises centrales del cerebro, dichos movimientos son posibles. La boca cuando está abierta hace ver el óvalo irregular más amplio del lado paralizado. Véase la fotografía correspondiente. Cuando saca la lengua, se ríe o sopla esta enferma, nótanse más las desviaciones. La lengua se desvía del lado derecho.

Cuando se manda a la enferma cerrar aisladamente el ojo del lado de la parálisis, no lo logra y se ha señalado como un magnífico signo para saber cuando la parálisis es de origen central; porque cuando es total la parálisis, por causa periférica se logra dicho fenómeno (signo del orbicular) esto es, se puede cerrar aisladamente el ojo del lado de la parálisis, naturalmente cuando ésta no es tan completa que evite todo movimiento. Además, en las parálisis cerebrales totales, los hechos son claros, no es necesario buscarlos ampliamente como sucede en las parálisis del facial inferior, que se acompaña en cierto modo, de alteraciones pertenecientes al superior. En esta enferma, se nota más cerrado el ojo del lado izquierdo y no lo cierra con la misma fuerza que el derecho. Bueno es saber que en ella cambian los fenómenos de un momento a otro a este respecto, porque ha sido explorada numerosas veces y se debe estar prevenido de esta circunstancia, pues unas veces acusa y otras no, las novedades, en varios sentidos, según se recordará en su interrogatorio; pero el conjunto de datos corresponden a parálisis facial de origen cerebral.

Hay algunos otros hechos perfectamente probados en la paciente; quiero hablar de la hemiparesia izquierda, ésta sí, no puede simularse teniendo en cuenta las muy especiales circunstancias que voy a indicar: tendría necesidad para ello, de saber ésta como son las alteraciones de las hemiplegias. Debía saber que el oponente del pulgar y el corto abductor son los que primero y más sufren, viniendo después los flexores de los dedos y luego los extensores para continuar con los flexores del ante-brazo

y brazo y seguir después con los extensores, todo lo cual esta enferma presenta. En lo que toca al miembro inferior, debía saber que sufren más los músculos que acortan el miembro, esto es, los de la cara antero externa de la pierna, que elevan la punta del pie al flexionar su dorso hacia arriba: tibial anterior, etc. Ya se recuerda la actitud que presentaba la persona estudiada en lo referente al miembro inferior, lo cual me hace asegurar la parálisis de los músculos referidos.

Además, la exaltación de los reflejos, perfectamente marcada en los tendones izquierdos, jamás puede simularla un pitiático, (histérico). Por último, y esto hace para mí una constancia definitiva, el pitiático nunca puede detener los actos eléctricos que se desarrollan al explorar con las corrientes farádica y galvánica, bien al contrario, afecciones pitiáticas (histéricas) casi imposible de diferenciar por otros medios, ví siempre lograrlo al Profesor Babinski de París, declarando su verdadera naturaleza, al aplicar los dos reóforos de una corriente farádica, la cual llegando a determinada intensidad, hacía moverse las regiones, antes absolutamente paralizadas, y la enferma que estudio permaneció con la más completa reacción de degeneración en todos sus puntos paralizados, cuando fué explorada en la clínica por el Sr. Dr. Luis Parra. Por último, la atrofia que se marca en todos los músculos del lado izquierdo, hacen para mí indudable el diagnóstico que llamo del síntoma, esto es, el de una hemiplegia, hemiparesia, en este caso. Veamos su localización. Pienso por ventura que se encuentre en la corticalidad y en ese caso del hemisferio derecho?

Desde luego hago notar cuán raro es que esta clase de padecimientos se presenten, anunciándose por decirlo así, y para ese raro evento, sorprende cómo la inteligencia no ha sido atacada. La sensibilidad general, las convulsiones, la cefalalgia constante y enérgica, la afasia, especialmente si la lesión es del hemisferio izquierdo, son los síntomas más culminantes, y en esta enferma no tienen la uniformidad apetecida, pues si así se exige, quizá más bien hablen contra una lesión claramente cortical derecha, y eso aceptando el raro caso en que el lenguaje resida a la derecha*.

Respecto de la hemiplegia capsular, casi siempre proviene de una lesión vascular, por excepción, de tumores, entonces la pa

rálisis a que aludo, es absoluta y se acompaña de anestias. La inteligencia permanece intacta, el lenguaje se ataca con toda claridad, cuando se comprenden en la lesión los neureos que vienen de la zona del lenguaje.

La hemiplegia peduncular se marca de un modo claro con hemiplegia completa, por supuesto con parálisis total del facial, sensibilidad intacta, puesto que el haz relativo queda allí muy arriba, y además existe en este caso, parálisis del motor ocular común (3er. par) del lado opuesto, lo cual constituye el síndrome de Weber, idea inaceptable en nuestro caso, por no existir la parálisis del ojo relativo.

Para el caso de hemiplegias que corresponden a la protuberancia, hay también como es sabido, un tipo especial, la parálisis del facial es alterna, lo cual quiere decir que la cara se paraliza en totalidad del lado opuesto a los miembros, síndrome de Millard Gubler. En esta enferma tenemos paralizada la cara a la derecha, pero en el facial inferior, esto es, sufre el facial derecho y están paresiados los miembros izquierdos, que fueron atacados antes de cruzarse los haces nerviosos que rigen esos movimientos. A primera vista es allí donde se encuentra la lesión de esta enferma; pero si es así, debe suponerse una lesión mucho más amplia, puesto que la enferma no habla y para ello necesita ser disártrica, es a saber, tener atacado el hipogloso; mas en este evento, siempre se ha señalado también la parálisis del 6º par (motor, ocular externo) y esto último no se advierte en la enferma.

Antes de emitir mi parecer final respecto a localización, séame permitido expresar mi sentir respecto a la perturbación del lenguaje que presenta. Recuérdese que la enferma puede leer, escribir correctamente y escuchar cuanto se le habla, esto corresponde justamente a la llamada afasia motriz pura por Dejeríne. Por mi parte jamás he presenciado un caso en clínica de este tipo de afasia. Téngase presente que en esta variedad, el lenguaje interior se halla intacto, y por lo mismo, no corresponde a mi sentir, propiamente a la afasia, en la cual la inteligencia del lenguaje debe estar alterada.

El síndrome que describo es la anartria de Pierre Marie y la afemia de la Sociedad de neurología francesa, correspondiendo igualmente a la afasia motriz subcortical de los antiguos.

Trousseau, Charcot, Wernicke, entre éstos, describen casos de esta variedad y aun se ha descrito el signo llamado de Proust Lichtheim para describirla, consiste en que el enfermo apriete la mano del observador cuantas sílabas contenga la palabra.

Brissaud en la "Semana Médica" del 1º de agosto de 1894, dice: "La frase incomprensible respecto a su articulación, se puede reconocer, suponer siquiera en la distribución particular de las emisiones silábicas, en el ritmo, en el número, en el encañamiento".

Por el contrario Dupré, en la "Revista de Neurología" de 1908 p. 632, no acepta tal interpretación y dice que la afasia motriz pura, resulta de un déficit de las imágenes verbales de la articulación, siendo por lo mismo una perturbación psicomotora, que está en la frontera del psiquismo y del movimiento necesario al lenguaje, en el punto de paso de la idea a la palabra.

Freand y Pitres, que han estudiado en los dos últimos años las afasias subcorticales, afirman que puesto que sólo existen en esta afasia perturbaciones disártricas o anártricas, deben colocarse entre las lesiones pseudobulbares. Igual es la opinión de Marie, quien dice en la "Semana Médica" de 1906: "Mi anártrico es el que no puede hablar, habiendo conservado intacta la inteligencia, la noción de la palabra, la lectura y escritura, sin tratarse, naturalmente, de fenómenos pseudo-bulbares o paralíticos bulbares".

Como se ve, para las dos Escuelas es una afemia la alteración de que hablo, para Marie, afemia es anartria, para Dejeríne, afemia es la alteración del lenguaje hablado, en el tipo Broca y en el tipo *puro*. Yo creo que se debe conservar la distinción escolástica pero sabiendo que en el tipo puro, hay anartria, pues como ya dije al principio, es mi idea que no estando alterado el lenguaje interior, no es evidente su existencia al lado de la verdadera afasia.

Desde el punto de vista anatómico patológico, lo mejor es atenerse a los datos de la señora Dejeríne, para mí los más perfectos en la cuestión, publicados en la "Revista de Neurología" del año de 1908, pág. 999, en ella se llama lesión cortical de acuerdo con la práctica establecida de antaño, a la que afecta la circunvolución cerebral y la parte inmediatamente subyacente de sustan-

cia blanca. Se llama sub-cortical a las lesiones que interesan el centro oval; y central, la que ataca los ganglios grises. Las alteraciones en estas distintas porciones, deben ser distintas en sus resultados y así las lesiones corticales destruyendo la parte gris y las fibras llamadas de proyección, de terminación, comisulares, de asociación intracorticales y tangenciales. Las lesiones sub-corticales que destruyen muchas de estas mismas fibras, son las que según la ilustre autora producen afasias, esto es, alteraciones de orden psíquico en el lenguaje; en tanto que las lesiones capsulares, pedunculares, de la protuberancia, que sólo atacan fibras llamadas de proyección, determinan únicamente síntomas paralíticos, disártricos.

Veamos lo que los hombres de ciencia tienen aclarado por lo que toca a localización de afasia pura. Hay dos casos clásicos, uno publicado por Laignel-Lavastin y Salomon y otro de los Sres. P. L. Ladame y C. Von Monakow, este último muy notable, se refiere a una enferma que tras un ligero ictus seguido de paresia facio-braquial derecha (adviértase la semejanza con mi enferma) tuvo afasia motriz pura por doce años. Hecha la autopsia se encontró lesionada la circunvolución de Broca y la parte blanca subyacente; haciendo los cortes en serie, hoy necesarios para las observaciones, se describe por los autores la vía centrípeta y centrífuga de la enfermedad. La primera va de las circunvoluciones al tálamo óptico y la segunda desde la cápsula interna, baja por el pedúnculo, quedando hacia atrás de él, para ocupar también un lugar dorsal en la protuberancia: en el bulbo, también lo encontraron en la parte dorso-lateral de las pirámides, y únicamente en la parte más baja de él vieron que ocupaba la parte media. Para Dejeríne, todo este haz sólo pertenece al operculo rolándico y nada tiene que ver con el verdadero lenguaje articulado. Niessel Von Magendorf, en un caso de afasia pura, encontró degenerado el haz que viene de las frontales, con integridad del haz que sale de la 3ª frontal rumbo a la protuberancia. Como el mismo autor no encuentra una constitución celular especial en la 3ª frontal, infiere que el lenguaje es función cerebral de los dos hemisferios con predominancia del lado izquierdo. La excitación de la zona de Broca produce únicamente el movimiento de los labios y no la palabra, porque para este autor no se excita a la par el centro

auditivo del lenguaje. Tampoco la lesión de la parte más baja de la frontal ascendente produce afasia, porque los movimientos, no están organizados para el lenguaje, y si lo logran, es por las conexiones íntimas que esa circunvolución tiene con la temporal.

En resumen, los autores más modernos clínicamente ven en la afasia motriz pura una anartria, debida a la lesión del haz de los movimientos necesarios a la palabra, la cual puede estar en la corteza o ser subcortical, capsular o pseudo-bulbar.

Para Dejeríne al contrario, trátase de una lesión colocada en el pie de la 3ª frontal, lugar que no envía haz de proyección a la cápsula interna y que no tiene que ver con la zona apropiada para el movimiento, esto es, la frontal ascendente.

Como se ve, no están los neurólogos de acuerdo respecto al sitio en que se coloca la lesión de la afasia verbal pura.

Con estos antecedentes volvamos a la enferma y sintetisemos los hechos culminantes de su historia. Es una persona que no conoce sus antecedentes hereditarios y sin tenerlos personales importantes; a los quince años casó con un individuo francamente sífilítico, de él tiene la enferma un hijo que muere antes del término de la vida intra-uterina, otro que nace macerado, uno epiléptico, por lo cual es seguro que esta mujer se ha sífilizado por el producto sífilítico, engendrado por el padre, ley de Culles Baumes y en estas condiciones ha tenido de años atrás (13 años) verdaderas cefaleas de una persistencia desesperante, más fuertes en las noches, probablemente sífilíticas. En estas condiciones, de una noche para el día siguiente, tras haber tenido fuertísimos dolores cefálicos, perdió la vista y el oído izquierdos, según ella afirma y su boca se desvió al mismo lado, insiste la enferma en señalar que todo ello vino sin pérdida de conocimiento apreciable. Yo dudo de esta parte de su padecimiento, pues ya demostré cómo en una exploración cuidadosa, se comprueba que ve y oye del lado que dice no puede hacerlo, por lo cual hoy se trata a este respecto de fenómenos pitiáticos (histéricos). ¿Sería así anteriormente.....? tras enérgicas cefaleas seis meses después, y sin notar la paciente ictus apoplético, tuvo la pérdida brusca del lenguaje y al mismo tiempo notó que no movía mano y pierna izquierdas. De entonces acá ha mejorado del oído y de la vista, lo mismo que de los movimientos;

pero nada logra respecto del lenguaje. Permítaseme decir que es curioso ver las notas que escribe casi al diario para su médico, porque en ellas insiste en la presencia de los dolores cefálicos, en su deseo de mejorar y en otra multitud de curiosos detalles, v. g., unos días dice que ve y oye mejor con ojo y oreja izquierdos, como toda persona que sufre en su salud y se preocupa por recuperarla, creyendo que cada insignificante circunstancia es digna de tomarse en seria consideración, insiste hasta en las más nímias circunstancias.

Que ha habido ataques a la salud del sistema nervioso de esta enferma, es para mí un hecho fuera de duda; que en el primero, se entrañaron funciones de nervios craneanos como el óptico y el auditivo derechos son cosas también, a mi juicio, comprobadas, repito aquí que estas lesiones fueron quizá pitiáticas, por lo que hoy veo; mas en caso de no serlo suponen lesiones en los orígenes cerebrales de los nervios citados, y éstos se encuentran en el lóbulo posterior del cerebro o en la región temporal y aun en el cerebelo. La primera lesión, en caso de ser orgánica, estaría para mí fuera de duda que allá se verificó, porque después, ambos nervios van muy alejados para suponer que fueron heridos tan aisladamente; item más, si recordamos que la enferma dice hubo novedades en la inervación del facial, lo cual supone que el proceso patológico se ha verificado en tres puntos de la corteza cerebral, y supone también que la lesión fué pasajera y de fácil reparación. Me inclino a pensar que sea así, puesto que sé de esta enferma que seis meses después, tuvo otro ataque a su salud nerviosa perdiendo el habla y el movimiento del lado izquierdo. Como se ha visto por todo lo expuesto, no cuadra este caso con los más comunes de la afasia, puesto que las lesiones del hemisferio izquierdo son las más frecuentes para engendrarla; mas deben recordarse los hechos ya bien demostrados en los cuales herido el cerebro a la derecha, existe la afasia, por estar excepcionalmente radicado el lenguaje en ese lado (ejemplo: zurdos). Todo quedaría admirablemente explicado de este modo si la parálisis facial fuese del mismo lado que la hemiparesia, estando contracturado ese lado de la cara; mas si las reacciones eléctricas buscadas por el Sr. Dr. Parra Luis, son como lo creo, exactas, la parálisis es derecha y entonces debo suponer la lesión en la protuberancia,

(síndrome de Millard-Gubber) y para explicar la afasia quedaría lesionado el haz descrito por Ladame Von Monakow, cuando viene por la protuberancia. § Nótese bien las semejanzas de mi hecho, con el de este autor. En caso de no ser alterna la parálisis, entonces sí puede suceder que la lesión esté en la zona psico-motriz derecha, siendo sin embargo, mucho menos probatorio mi caso que el de Monakow, porque en el de este autor la lesión era del cerebro izquierdo.

Que no se trata de lesión bulbar creo que ya estará probado con los considerandos que hice atrás.

En suma, este caso me sirve para describir un hecho clínico de afasia verbal pura, el primero que observo; pero cuya localización deja tantas dudas en mi espíritu, que me hace pensar en la idea de que la llamada afasia pura, no tiene su realización en la anatomía patológica tan evidente como lo desea Dejeríne, y también es rara en la clínica, como padecimiento unívoco, por lo mismo esta variedad queda muy confundida con la disartria, hasta más amplio informe. Ojalá yo logre tener la autopsia de esta enferma, para presentarla algún día a esta R. Academia.

Por lo que toca a la naturaleza de la enfermedad, diré que se trata de una sífilis cerebral, seguramente de manifestación vascular. Son muy conocidos los datos relativos, para prolongar esta ya cansada memoria con ellos. En la enferma, su antecedente matrimonial, la linfocitosis del líquido céfalo-raquídeo, la falta de reflejo pupilar a la luz, etc., me son bastantes para sostener mi dicho. Por lo mismo, aconsejo el tratamiento iodurado, intenso en combinación con el mercurial, como verdaderamente fundamental para curarla, sin olvidar el tratamiento de su moral y toda la higiene del caso, especialmente el educarle nuevamente su lenguaje hablado.

México, Mayo 22 de 1912.

ANTONIO A. LOAEZA.