

Agradeço a colaboração, na confecção deste artigo, do dr. Luiz Barreto de Souza, um dos principais discípulos do prof. Aníbal Silveira.

Os

RUBENS DE CAMPOS FILHO

estudos

das

afasias

por

**RUBENS DE CAMPOS
FILHO** é médico
psiquiatra, escritor e
presidente do Centro de
Estudos e Pesquisas Karl
Kleist.

**Carl
Wernicke**

Carl Wernicke nasceu em 15 de maio de 1848 em Tarnowitz, na Silésia Superior, que na época pertencia à Alemanha. Aos 23 anos formou-se em medicina pela Universidade de Breslau, onde foi assistente do psiquiatra Neumann durante quatro anos. Dessa forma, o primeiro contato de Wernicke com a prática da medicina foi com os doentes mentais, o que direcionou toda sua carreira profissional. Seu trabalho mais conhecido é o *Grundriss der Psychiatrie in Klinischen Vorlesungen*, publicado em Leipzig em 1900. Antes disso, o *Grundriss* havia sido editado em três etapas, em 1894, 1896 e em 1900.

Durante toda a sua carreira (ele morreu em 15 de junho de 1905, ao ser atropelado por um caminhão enquanto andava de bicicleta, na cidade de Halle, para onde havia sido chamado a ocupar a cátedra de Psiquiatria da Universidade local. Foi enterrado em Tüvinger Wald, na Alemanha), Wernicke concentrou seus esforços no entendimento das afasias, classificando-as de acordo com as áreas do cérebro que seriam responsáveis pelos distúrbios apresentados. A extensão desse trabalho é notável, pois Wernicke chocou-se frontalmente com as opiniões vigentes na época, dentre elas a do também alemão Emil Kraepelin, que defendia a classificação das doenças mentais em três categorias, enquanto Wernicke entendia que esse número era muito maior. Ao opor-se a Kraepelin, Wernicke elaborou um sistema cerebral que abrangeu a maior parte das doenças mentais até então conhecidas e, nesse esforço, descobriu e aperfeiçoou o diagnóstico e localização das afasias.

Este artigo trata exatamente dessa questão. A psiquiatria hoje volta-se para o passado em busca de recursos para enfrentar os problemas mentais apresentados pelos pacientes. O estudo do *Grundriss* apresenta dificuldades fundamentais para os médicos psiquiatras devido à sua complexidade. Nele, Wernicke mostra que as causas de algumas doenças mentais estão diretamente relacionadas com lesões em áreas

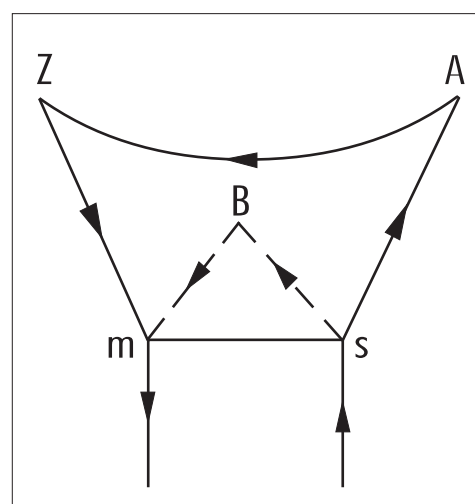
específicas do cérebro, o que torna seu trabalho mais interessante. A metodologia de observação e a comprovação empírica de suas conclusões são quase inimagináveis hoje, levando-se em conta todo o arsenal de que a medicina dispõe atualmente. No final do século XIX, Wernicke conseguiu descobrir e correlacionar doenças mentais sem a ajuda dos aparelhos a que agora os centros de pesquisa têm acesso.

Aqui, gostaríamos de levar em consideração que a complexidade do estudo de seu trabalho não diminuiu em nada, mas que seu conhecimento pode ajudar a classe médica a entender melhor os fenômenos que ocorrem na mente humana.

ENTENDIMENTO

Wernicke elaborou um esquema simplificado (Figura 1) para explicar o fenômeno da consciência e onde poderiam ocorrer as falhas de conexão que causariam as afasias. A palavra “afasia” vem do grego *aphasia* e significa “enfraquecimento ou perda da faculdade de transmissão ou compreensão das idéias em qualquer de suas formas, sem lesão dos órgãos vocais, por perturbação nervosa central. Afonia (cf. *afazia*, do verbo *afazer*, e *afrasia*)”, de acordo com o verbete no *Dicionário Aurélio*.

Figura 1



Assim, Wernicke estudou a causa de as doenças mentais atingirem os centros da fala e dos movimentos. Ele considerou três partes fundamentais no esquema, que explicam de que forma um estímulo pode chegar ao cérebro, ser elaborado pela consciência e depois devolvido ao mundo externo. No caminho, os estímulos podem sofrer algum tipo de interrupção ou desvio, prejudicando o entendimento e/ou execução da linguagem e dos atos.

Wernicke considerava a consciência uma função cerebral, localizada por toda a área do cérebro. A consciência seria formada, então, pelos vários centros associados de imagens e memórias motoras, espalhados por todo o cérebro, mas mais concentrados em alguns pontos específicos, como as áreas T1, T2, T3 e T4 de Brodmann. Em sua pesquisa, o professor de Breslau considera que a maior parte das doenças mentais ocorre por causa do rompimento ou falha na comunicação entre esses centros. Porém, adverte que nem sempre é possível identificar a causa do problema por seus sintomas. Por exemplo, Wernicke demonstra que nem sempre as alucinações visuais podem ser causadas por deficiências no sistema ocular do cérebro, mas podem derivar de um centro de memória que se irradia para o centro de projeção ocular. Dessa forma, a causa da alucinação precisa ser pesquisada mais a fundo antes de se chegar a um diagnóstico.

A definição de afasia nos leva a crer, então, que esse problema é causado, em maior ou menor grau, por lesões na condução das idéias até o estímulo final. Para começar o entendimento da obra de Wernicke devemos compreender a divisão feita em seu esquema cerebral: a Alopsique, ou consciência do mundo externo; a Somatopsique, ou consciência do corpo; e a Autopsique, ou consciência da personalidade.

Essas noções são fundamentais para o entendimento de sua obra, uma vez que mostram o início de uma integração entre duas maneiras distintas da abordagem da mente humana: a psicológica e a neurológica, ou localizacionista. Dessa forma, Wernicke tentava conciliar a complexida-

de do cérebro humano, seu funcionamento, com as ações e resultados da elaboração mental ao qual ele é instigado.

Na Somatopsique, Wernicke reúne as sensações produzidas pelo próprio corpo. Ou seja, todo movimento ou sensação produzido pelo corpo do indivíduo gera um impulso que é armazenado na memória. Isso inclui toda contração muscular necessária para realizar um movimento ou pronunciar uma palavra. Por causa dessa memória motora, como também Wernicke denominava esse tipo de memória, alguns pacientes com afasia conseguiam escrever ditados ou repetir palavras, ainda que o entendimento do idioma não fosse completo. O paciente lembrava-se de como escrever ou falar e, por isso, realizava os atos, apesar das dificuldades impostas por interrupções na condução normal das idéias. No diagrama de Wernicke essa região é assinalada pela parte *Zm* do esquema, que reúne as imagens de memória e de memória motora. Qualquer anomalia, patológica ou estrutural, que venha a ocorrer nesse segmento causará ao indivíduo dificuldades na concretização dos atos.

As sensações do corpo, como definia Wernicke, têm como objetivo lembrar ao indivíduo a existência de seu corpo. Esses estímulos também chegam ao cérebro carregados com conteúdo emocional. Por isso, nos casos de afasia em que o paciente consegue executar os atos, mas sem seu completo entendimento, Wernicke pressupunha que as sensações do corpo estariam armazenadas nas imagens de memória e memória motora. Quanto mais esses estímulos chegassem ao indivíduo antes do acometimento da doença, mais facilmente ele poderia executar os movimentos, uma vez que sua bagagem de memória estaria carregada de estímulos já existentes.

Já a Alopsique reúne as imagens do mundo exterior localizadas, segundo Wernicke, nos campos de projeção. Para explicar a importância da Alopsique, Wernicke dizia que “se retirarmos de um homem normal uma grande parte de suas memórias de imagens nas quais se projeta o mundo exterior, teremos a explicação de

toda a classe de feitos absurdos que este cometeria em sua desorientação”. Desorientação essa que é a chave para uma *alopsicose*. De acordo com Wernicke, a consciência do mundo exterior estaria localizada por cima da Somatopsique.

Por último, o conceito de Autopsique, ou consciência da personalidade. Para Wernicke, sua localização seria muito difícil, pois essa consciência seria formada pela junção de elementos psíquicos complexos, como qualidades de caráter provenientes do meio, linguagem, conjunto de interesses profissionais e sociais etc. A esse respeito Wernicke dizia que “de acordo com os interesses e ambições, sua própria estima, a Autopsique, se danificada, poderá ser a causa de distúrbios como megalomania, delírio de humildade, delírio interpretativo, etc.”.

Nesse ponto Wernicke considera que as somatopsicoses e alopsicoses, formadas a partir de elementos gerados na fase psicossensorial da identificação secundária, têm em contrapartida na autopsicose seus elementos formados a partir da função intrapsíquica, demonstrada na região AZ de seu esquema.

Até agora, Wernicke não menciona o afeto como um componente importante na formação das idéias, mas na Autopsique ele o faz. Segundo ele, “assim como a dor, por um lado, e as sensações voluptuosas têm significativa importância na conservação do indivíduo e da espécie, da mesma maneira a consciência de personalidade apreende o que lhe convém, provocando um movimento afetivo agradável, e reprimindo aquilo que lhe é nocivo”.

Apresentadas as categorias que formam a estrutura mental do indivíduo, Wernicke elaborou um conceito para explicar o fenômeno das interrupções na condução das idéias, conceito este denominado *Sejunktion* (1). Para entendê-lo é necessário lembrar que Wernicke trabalhava com a idéia de que o cérebro era constituído por campos de projeção ligados por *fibras de transmissão*. Fibras essas que poderiam ser danificadas por alguma doença ou lesão no cérebro. Esse dano é a *Sejunktion*.

Uma vez que a energia corre um caminho determinado para atingir um resultado, a *Sejunktion* nada mais é que uma interrupção ou desvio desse caminho. Dessa forma, a energia não se dissipa, mas é desviada e percorre outras vias para chegar ao seu destino, causando os mais diversos tipos de afasias. Sua localização pode ser dificultada pelo fato de a afasia ser um reflexo a distância do problema causado pela *Sejunktion*. Ou seja, se a *Sejunktion* estiver localizada próxima ao sistema ocular ou auditivo, o paciente pode vir a ter alucinações auditivas ou visuais. Porém, se a afasia for verbal, ou motora, a *Sejunktion* pode estar localizada, ao contrário, distante dos centros motores ou da fala, mas *seu efeito será o de interferir na livre condução dos estímulos que impulsionam esses atos*.

De forma paralela às afasias, Wernicke utilizou a *Sejunktion* para explicar outras doenças mentais, como a psicose de mobilidade hipercinética e mania confusa, na qual o doente se encontra com a atenção forçada em múltiplos pontos, dando a impressão de que está constantemente distraído. A *Sejunktion*, nesse caso, desviaria a energia de seu caminho natural causando um hipersensibilização dos centros de projeção motores. Essa hipersensibilização seria a responsável pelo surgimento de outros tipos de perturbações motrizes, divididas por Wernicke em três categorias: acinéticas; hipercinéticas e paracinéticas.

No primeiro caso, o paciente demonstra uma imobilidade quase absoluta e falta de movimentos espontâneos, explicada por Wernicke da seguinte forma: o doente percebe que existe algo estranho no seu organismo, informações que advêm das imagens motrizes geradas pela consciência do corpo. Dessa forma, busca encontrar um equilíbrio e o resultado é que ele descobre a necessidade de aumentar gradativamente a força necessária para executar cada ato. Tal exercício acaba levando-o à imobilidade. Apesar disso, Wernicke também percebeu o que chamou de contra-impulsão, assim explicando: “À representação do movimento segue-se um pensamento inibidor. Assim, o efeito da vonta-

1 Palavra de origem latina que significa “separação”.

de é transformado em seu contrário”.

Para Wernicke, não existiria a falta de vontade, ou seja, um problema entre as vias A e Z, mas sim um transtorno de identificação entre Z e m. Esse impulso encontraria em Zm algum desvio ou bloqueio que impediria sua normal realização.

Nesse ponto, ele faz uma distinção entre o que chamava de idéias autóctones e as obsessões.

No caso das idéias autóctones Wernicke considerava que a *Sejunktion* produzia um desvio nas transmissões das idéias, forçando uma atenção especial, dolorosa, autoritária e de intensidade anormal. Essas idéias aparecem ao doente como uma coisa estranha ao seu modo de pensar, porém sobre o qual ele não tem controle. Ao contrário, as idéias obsessivas chegam ao paciente de maneira natural, fazem parte da elaboração mental e não são consideradas estranhas.

No primeiro caso, a *Sejunktion* aparece como “uma ruptura parcial das idéias em relação ao resto do eu, de tal maneira que o paciente as sente como sendo introduzidas como um corpo estranho no curso normal de seus pensamentos. Na obsessão existe uma integridade associativa, donde se depreende que essas idéias não são estranhas ao indivíduo”. Nos casos de idéias autóctones o paciente tem a certeza de que, por serem inseridas em seu pensamento de forma estranha, elas são conhecidas por todos os que o rodeiam e, como se manifestam por palavras, a princípio o médico poderia pensar que se trata de alguma lesão no lobo temporal, onde estaria alojada a *Sejunktion*. Porém, a diferença é que as idéias autóctones não são acompanhadas por alucinações, inferindo-se daí o fato de que a *Sejunktion* está distante do lobo temporal, ao contrário das alucinações auditivas. Desse fato Wernicke compreendeu que “tanto as alucinações quanto as idéias autóctones são causadas pelo mecanismo da *Sejunktion*”.

Wernicke aceitava que todo pensamento ou sensação era acompanhada de alguma carga emotiva. Dessa forma, ele explicava as chamadas idéias supervalorizadas como as que recebiam uma carga muito

pesada de emoções e que “escapariam” do controle mental do doente. Segundo Wernicke, as idéias supervalorizadas poderiam aparecer também em indivíduos sãos, mas seriam um primeiro indício de uma psicose aguda. Elas também estariam relacionadas, em alguns casos, com alucinações. O mecanismo da *Sejunktion* poderia causar não uma idéia autóctone, mas uma idéia supervalorizada que poderia produzir um delírio interpretativo. Wernicke demonstra, em vários casos clínicos, que com frequência um delírio interpretativo precedia uma crise alucinatória. Desse fato depreende-se que Wernicke estabeleceu a base para o diagnóstico da doença que hoje é chamada esquizofrenia.

Todas essas descrições seriam circunscritas, segundo Wernicke, na região intrapsíquica do indivíduo (região AZ do esquema), portanto além do alcance imediato do médico e somente perceptível por meio de uma observação clínica cuidadosa. Outra classe de fenômenos da *Sejunktion* estaria localizada na região psicomotora central (Zm do esquema), essas mais evidentes às observações.

AS AFASIAS

Wernicke começou o estudo das afasias e foi o responsável pela maior profundidade nesse tipo de doença. Porém, foi seu discípulo Karl Kleist quem sistematizou e ampliou o conhecimento da psiquiatria nesse setor, além de agregar também informações sobre outros tipos de psicoses. Dessa forma, a melhor maneira de compreender a classificação das afasias será através dos estudos de Kleist.

A primeira delas é a *afasia de condução*. Wernicke imaginava que uma falha na conexão a-b seria a responsável pela dificuldade do paciente de verbalizar seus pensamentos. A principal característica dessa afasia é que o paciente entende o que lhe é dito e conserva a memória motora das palavras, mas não consegue dizê-las, mesmo incentivado pelo médico. O foco da doença

está relacionado nas circunvoluções transversas e na área T1 de Brodmann. A explicação para o fato foi encontrada em 1916, quando Kleist pôde fazer a autópsia de um paciente e encontrou uma grande lesão temporal esquerda. Naquela época intuía-se que a linguagem era orientada, principalmente, pelo hemisfério direito, e isso explicaria a manutenção da memória da linguagem. Porém, Kleist constatou que a realização da linguagem acontecia no hemisfério esquerdo, justamente afetado por essa lesão, que pressionava as áreas T1, T2 e as circunvoluções transversas.

O segundo caso é o da *afasia nominal*. Ela foi originalmente denominada “afasia sensorial transcortical” e caracteriza-se pela percepção e correta verbalização das palavras. Porém, o paciente não consegue compreendê-las. Essa afasia foi originalmente descoberta por Lichtheim, que concluiu ser um foco destrutivo entre os centros sensoriais e os centros de conceitos a causa da doença. O paciente podia repetir as palavras porque mantinha intacta a memória das palavras, o que demonstrava que os centros sensoriais não estavam deteriorados.

Nesse tipo de afasia também é comum ver o paciente repetir as palavras continuamente e mesmo escrever ditados de forma correta, mas sempre sem a compreensão do sentido das mesmas. Os estudiosos desse tipo de afasia também chamam a atenção para a confusão existente com a afasia de Pitres ou afasia amnésica. Nesse caso, o paciente “esquece” a palavra, mas se for questionado pode repeti-la corretamente. Por exemplo, se o médico mostra um objeto e o paciente não se lembra da palavra, ele pode iniciá-la que o paciente irá completá-la. Para Kleist, a afasia amnésica é apenas uma forma incompleta ou em vias de retrocesso da afasia nominal. Ele também concluiu que a afasia nominal tem origem na deterioração das áreas posteriores de T2 e T3, podendo estender-se à T1. Essa afasia será apresentada na primeira lição de Wernicke, que reproduziremos a seguir.

A *afasia sensorial subcortical* ou *surdez vocal pura* é observada em pacientes que não conseguem expressar a fala. Eles

não compreendem os sons vocálicos e consonantais, mas apresentam intactos os diagramas de memória concernentes à linguagem, o que lhes permite falar, ler e escrever espontaneamente. Dessa forma, assemelham-se às pessoas surdas.

A diferença é que esse tipo de afásico consegue escutar melodias e sons, diferenciando-se aí do surdo. O afásico não tem nenhum problema no aparelho auditivo, mas sim apresenta lesões subcorticais abaixo das circunvoluções transversas e da primeira e segunda temporal. Kleist acreditava que a lesão que provocava essa afasia era cortical ou subcortical. Se fosse cortical haveria lesões bilaterais das circunvoluções transversas. Se fosse unilateral, o foco da doença estaria localizado abaixo da circunvolução transversa esquerda, interrompendo os sinais que chegavam do hemisfério direito e impedindo a compreensão dos fonemas

Além da afasia de surdez vocal pura, Kleist também estudou a afasia de *surdez verbal*, ou *afasia de Wernicke*. Para ele, esse tipo de afasia estaria relacionado com a compreensão dos fonemas, mas ocorreria no ponto onde eles são unidos para formar as palavras. Dessa forma, quanto mais longa a palavra, maior a dificuldade do paciente para se expressar. A falha de conexão na união dos fonemas não implica apenas a dificuldade de falar ou escrever, mas também a compreensão das palavras.

A localização desse problema, segundo Wernicke e Kleist, estaria na parte posterior da primeira circunvolução temporal. Tanto um quanto o outro consideravam a recuperação do paciente facilitada pelo fato de a linguagem estar bem desenvolvida nos dois hemisférios do cérebro.

Já a *afasia amnésica*, como foi afirmado anteriormente, era considerada por Kleist como um transtorno motor da afasia nominal, não um transtorno da lembrança das palavras, mas sim uma falha na lembrança motora das palavras. Para diferenciar a afasia amnésica da afasia de Broca, Kleist descobriu que, no segundo caso, as lesões que causam a afasia estão localizadas nos centros motores, na parte posterior de T2 e

T3, enquanto na afasia amnésica essa falha ocorre no sistema de impulsos motores.

Essa descoberta traz uma questão importante: quando os impulsos sensoriais transformam-se em impulsos motores? Na medida em que o paciente torna-se ansioso para responder as questões propostas pelos médicos percebe-se que sua dificuldade não está no fato de que ele não sabe a resposta, mas em não conseguir encontrar os diagramas de memória necessários para articulá-la.

Após essa introdução, apresentamos a seguir a primeira lição do *Grundriss der Psychiatrie*, publicado por Carl Wernicke em 1900, onde ele demonstra um caso clássico de afasia verbal-motora.

LIÇÃO 1 (2)

Senhores:

O ensino das doenças da mente, motivo pelo qual estamos aqui reunidos, é uma parte do estudo da medicina interna, mas por sua importância prática, e por outras razões vinculadas ao mundo externo, tem requerido e exigido sempre uma metodologia muito especial.

Infelizmente, é lamentável que este território da medicina interna tenha sido mantido no esquecimento e sem desenvolvimento e que permaneça, até hoje, no mesmo ponto em que, há um século, estavam todas as áreas do resto da medicina. Vocês devem saber que naqueles tempos um ensino que se apoiava e fundamentava nas perturbações patológicas de um determinado órgão de funções conhecidas ainda não existia. Por isso, certos sintomas especialmente freqüentes e que reapareciam nos mais diferentes grupos formavam verdadeiras doenças ou gêneros de doenças. Isto é, o conhecimento não ia além do que tem, hoje em dia, o cidadão leigo, quando considera que a tosse, as palpitações, a febre, a icterícia e o enfraquecimento são verdadeiras enfermidades.

Dessa maneira está, atualmente, o desenvolvimento da psiquiatria, ao menos

para a maioria dos médicos psiquiatras, seus representantes. Certos sintomas, de especial clareza, conformavam aos velhos psiquiatras a essência mesma da doença. Assim, por exemplo, um humor depressivo era a base, em seu sentido mais amplo, da melancolia e da euforia, com excesso de movimentos da mania. Atualmente, diferenciam-se numerosas e variadas doenças que apresentam esses sintomas. São “supostas doenças”. Porém, como na Natureza a combinação de sintomas é muito variada e complexa, fez-se necessário buscar um marco artificial mais amplo ou mais reduzido que contenha a todos, coisa que os observadores fizeram das maneiras mais diferentes. Mas apesar de todos os esforços para, artificialmente, dar forma aos casos para que se enquadrem nesses marcos, resta ainda uma grande quantidade que não pode ser classificada e que não se acomoda, de nenhuma maneira, dentro desses limites.

Sem dúvida, esta comprovação de inclassificável, em certos casos, pode ser admitida. É o certificado de que também a Psiquiatria tem feito numerosos progressos ultimamente. O trabalho de homens como Griesinger, Neumann, Kahlbaum, Meynert, Emminghaus e outros não tem sido em vão. Mas, ainda assim, os pesquisadores não têm conseguido evitar a tentativa de confundir os sintomas com a doença em si e, ainda hoje, o nível da psiquiatria pode ser medido pelo ensino atual de que a especialização adapta-se comodamente a uma nomenclatura, coisa que foi celebrada como um progresso por um pesquisador do porte de Meynert.

Sob essas circunstâncias o professor de Psiquiatria está obrigado, mais que nunca, se quer compará-la a outras disciplinas, a contentar-se com a sintomatologia. Mas seu dever é proceder como nas disciplinas irmãs da medicina e deduzir da sintomatologia das características conhecidas do órgão de onde a doença se localiza, no caso, as propriedades do cérebro. Somente esse caminho oferece a possibilidade de conhecer a complexa divisão e panorama geral dos sintomas. A suposição de que a demência é uma doença do cérebro não é discuti-

2 Tradução de João Luís Costa.

da hoje por nenhum especialista.

Se partimos desse ponto, devemos adicionar rapidamente que são enfermidades do cérebro de condição especial e localização determinada, embora não sejam nem um pouco idênticas às doenças orgânicas do cérebro, que são muito mais conhecidas. Recordando a divisão das enfermidades orgânicas do cérebro em enfermidades focais e enfermidades generalizadas, as mentais não seriam aparentadas com as primeiras, mas sim, talvez, com as últimas.

Sabemos que existem duas enfermidades gerais orgânicas do cérebro que conhecemos bem: a meningite e a Paralisia Geral Progressiva. As doenças mentais generalizadas constituiriam uma terceira forma e nada nos impediria de incorporá-la às duas anteriores. Mas devemos perguntar-nos, antes: quais são os indícios fundamentais que permitem diferenciar essa terceira categoria das outras duas doenças gerais mencionadas?

Para tratar dessa pergunta com profundidade, ocupemo-nos, por um momento, da sintomatologia das enfermidades cerebrais em geral. Todos os sintomas das doenças orgânicas do cérebro são ou sintoma de foco ou sintomas gerais. As duas enfermidades orgânicas mencionadas anteriormente são doenças generalizadas, mas também nelas podem surgir sintomas de foco e até poderíamos dizer que é estranho não aparecer algum sintoma de foco: *as enfermidades mentais, ao contrário, nunca são acompanhadas de sintomas de foco.*

Senhores:

Isso nos leva a aprofundar e observar mais de perto os sintomas de foco. Através de Meynert, sabemos que a musculatura involuntária, ainda dos órgãos de sentido, está conectada com o córtex cerebral por meio de condutores que avançam em continuidade fisiológica através do cérebro, medula e sistema nervoso periférico. A soma desses condutores onde domina a lei da condução isolada denomina-se sistema de projeção. Assim como se distinguem no cérebro dois hemisférios, também o sistema de projeção classifica-se em duas meta-

des, com a conhecida localização da sensibilidade e mobilidade de cada semicorpo no hemisfério cerebral oposto.

A expressão “projeção” provém, evidentemente, da óptica: como nela, o avanço dos raios pode ser seguido perfeitamente através de um sistema de lentes. Aqui também, apesar de se interporem todos os elementos ganglionares no caminho do sistema projetor, está garantida e resguardada a continuidade da condução isolada. A maior parte dos sintomas de foco pode apresentar facilmente a interrupção local ou excitação das vias condutoras do sistema projetor. Uma segunda série de sintomas de foco sabe-se que se deve atribuir ao fato de que a origem ou terminação das vias do sistema projetor localizam-se em diferentes partes do córtex cerebral. A esses setores onde finalizamos os sistemas projetores, devemos chamar de campos de projeção, e são nossos conhecidos. O setor óptico termina na região posterior do lobo occipital; o acústico, no lobo temporal, a mobilidade e sensibilidade das pernas, braços e território fácio-lingual no terço superior, médio e inferior das circunvoluções centrais; a linguagem motora na circunvolução de Broca.

Mas os campos de projeção não têm a simplicidade anatômica dos nervos periféricos. Sabemos, ao contrário, que nos campos projetores do córtex, com frequência acontece uma espécie de “reunião” para realizar uma função conjunta, onde intervem centros motores mais ou menos distantes entre si. Os campos de projeção do córtex são também os centros ou regiões onde as projeções mnemônicas dos diferentes rendimentos funcionais do sistema nervoso têm localização. Esses diagramas da memória, seguindo os mesmos princípios, localizam-se onde terminam as impressões ópticas, acústicas, táteis, etc., quer dizer, em pleno campo de projeção. Ou seja, à perda dos diagramas da memória pertencem também os sintomas focais das enfermidades cerebrais. Assim os sintomas focais caracterizam-se porque expõem as funções alteradas do sistema projetor, seja das vias (que aí terminam ou começam) ou

dos mesmos campos projetores corticais. Em troca, nas enfermidades mentais os sistemas de projeção não são afetados de maneira nenhuma.

Senhores:

Sobre a extensão dos campos de projeção no córtex cerebral e sua localização precisa temos somente informações parciais. Mas, finalmente, pode ser que o progresso de nossos conhecimentos leve-nos a saber que o córtex cerebral, em sua totalidade, seja ocupado por tais campos de projeção. Não nos levaria nossa busca pela localização exata do lugar que a doença mental ocupa mais além do cérebro até o mundo transcendental? Bem, isso não vem ao caso, mas sim que além dos campos de projeção temos também um substrato anatômico de grande volume que, com discernimento, poderíamos assinalar como um local para as enfermidades mentais, isto é, o sistema das fibras associadas que unem entre si os campos de projeção. Se for esse o caso, as enfermidades mentais formam as enfermidades especiais deste órgão de associação.

A destruição de tais vias ou condutos de associação é evidente também em certas enfermidades focais do cérebro, o que nos obriga a aceitar que certas enfermidades focais se constituem, na verdade, na transição natural para as enfermidades mentais. Casos dessa natureza acontecem nos raros exemplos da chamada afasia transcortical.

Senhores:

Há muito tempo coloquei minhas esperanças na afasia, pensando que seria o ponto de partida para começar a decifrar a compreensão das doenças mentais. Essa esperança não nos mostrou outra coisa senão que, na realidade, existem muito mais casos de afasia intimamente ligados com enfermidades mentais, tal como o demonstra o doente do qual nos ocuparemos agora.

Vocês vêem um enfermo que carrega ainda vestígios de uma grave doença mental que sofreu entre 1885 e 1889. Ele pára e caminha em uma posição rígida, fixa, o que não o impede de trabalhar como car-

pinteiro artístico e alimentar bem sua família. Não responde a nenhuma pergunta que lhe fazemos, ou então responde com gestos. Na realidade, está completamente mudo e há cinco anos não consegue pronunciar nem uma sílaba. Mas entende tudo o que lhe falo, como se pode notar por seus gestos e o cumprimento das ordens dadas. Dá a entender que determinadas perguntas não são compreendidas, quer dizer, entende o idioma, mas não integralmente, embora tenha perdido totalmente a capacidade motora da fala.

Essa fase de uma complexa afasia motora, e parcialmente sensorial, desenvolveu-se através de uma enfermidade mental que denominarei, provisoriamente, psicose de mobilidade e que, desaparecida, deixou essa seqüela na fala de forma permanente. No transcurso da enfermidade sofreu períodos de mutismo e verbigeração.

Se tentamos compreender melhor o que acontece nesse caso, devemos levar em conta as diferentes formas de afasia que distinguem as observações clínicas. Acompanhem-me por um momento ao campo vizinho das assim chamadas enfermidades orgânicas do cérebro. Conhecemos os campos de projeção da fala, motora (m) e sensorial (s). A motora é originada na via motora de linguagem, uma parte do sistema projetor que conduz até os núcleos da medula alongada. Ao mesmo tempo, é o lugar das recordações e dos gestos e movimentos que se efetuam no ato da linguagem. O campo sensorial (s) contém a terminação central final da via acústica e é, ao mesmo tempo, o campo reservatório ou de memória das palavras ou, o que se conhece desde Helmholtz, o som das palavras.

O campo clínico da afasia motora ou sensorial exterioriza-se conforme o campo de projeção estiver destruído. *Nosso doente é uma raridade, pois os doentes geralmente não são afásicos.* Eles podem entender tudo o que lhes falamos, pois seus campos de fala, o sensorial e o motor, estão intactos. Apesar disso, nesse doente percebemos o surpreendente fato de que responde freqüentemente a nossas perguntas sem nenhum sentido ou sem nenhuma relação

com as perguntas que lhe fazemos. Como podemos esclarecer esse fenômeno, uma vez que devemos nos ater à hipótese de que a contestação certa e com sentido é a expressão da função normal dos centros projetores? Aqui cabe somente uma explicação: que a função dos condutores que unem os campos de projeção está perturbada. A enfermidade lingüística nos parece, assim, uma enfermidade do órgão associativo.

Porém, eu lhes recorde que, no fenômeno da afasia, já se usa as fibras de associação que unem os campos de projeção s e m com um centro de entendimento B . As vias transcorticais sB e Bm não são outra coisa senão vias de associação e em seu território deve haver a alteração funcional que explique as respostas inexatas do doente. Toda doença mental que se traduz por perturbação lingüística é para nós um exemplo de afasia transcortical. O caso notável de afasia em consequência de uma enfermidade mental da qual parto conduz à suposição de que, eventualmente, todos os condutos Bm e grande parte dos sB podem ser interrompidos no curso da enfermidade e, então, pode ocorrer uma verdadeira afasia, como no caso de nosso enfermo.

A criação de um centro de compreensão B no esquema de afasia frequentemente é mal interpretado. Mas porque não pôde ser evitado e porque foi necessário, é preciso fazer a seguinte reflexão: a afasia sensorial por destruição do campo s caracteriza-se porque o doente perdeu os quadros da memória sonora e, em consequência, não reconhece as palavras ouvidas, mas para a compreensão da fala é necessário algo mais que o reconhecimento do som. É preciso, também, conectar-se com seu sentido correspondente. O contraste entre palavra e conceito pode-se entender e imaginar somente se pensamos que os condutos dos campos de projeção conduzem além, até outras regiões corticais onde está representado o conceito. Esse suposto centro de compreensão está dividido em locais no córtex cerebral distantes uns dos outros: disso entende-se a necessidade de diferen-

ciar dois processos diferentes na compreensão da fala: um, o reconhecimento do som em si da palavra, que depende da função do campo de projeção s e que designamos como conceito vinculado à palavra, que depende das vias de associação que unem o som ao centro dos conceitos. *Denominamos esse processo como identificação secundária.*

Se comparamos todo o processo com um telegrama, s é a estação à qual chega o telegrama, mas o destinatário real será representado por B . Muito parecida é a conduta de B em relação ao campo de projeção da linguagem em m . Também aqui é B o emissor real, mas m é o local desde o qual o telegrama será despachado. Em outras palavras, primeiro aparece o sentido, ou conceito, das palavras, e necessita-se de uma continuação por condutos anatômicos até o campo de projeção da fala m para que a palavra seja pronunciada.

Se aqui denominamos as relações recíprocas de B a m como identificação secundária (agora no universo motor) vale como resultado de nossas observações no presente caso: *as expressões verbais estranhas (motoras) dos doentes mentais são sinais de identificação secundária perturbada.*

Senhores:

A comparação da afasia com os sintomas lingüísticos dos enfermos mentais nos ensinou que uma perturbação da identificação secundária pode constituir a base comum das doenças mentais acompanhadas de certos traços de afasia. A coincidência entre ambas as enfermidades é explicada por idêntica localização das vias transcorticais ou associativas. Sua diferença é vista no sentido de que, na doença mental, estas vias se lesionam isoladamente, seletivamente. No caso das enfermidades focais, uma massa compacta de vias é destruída.

Excepcionalmente, a soma de vias individuais doentes terá o mesmo efeito que uma enfermidade focal e, então, uma afasia transcortical pode originar-se de uma enfermidade mental.