

Maurice Ravel

Dr. Rafael Castillo

Individuo de Número

La enfermedad y muerte de Maurice Ravel, a pesar de haber sido visto, examinado y tratado por eminentes neurólogos y neurocirujanos, no fueron diagnosticadas satisfactoriamente. Tanto la etiología como la evaluación y el desenlace final no tuvieron una interpretación aceptable. Después de una revisión de la historia médica y de la información que ha sido posible conseguir, he llegado a la conclusión que el padecimiento del genial compositor fue debido a un accidente cerebro-vascular posiblemente de origen trombótico. Tanto la aparición de la sintomatología como su evolución fueron lentas y de carácter progresivo, lo cual da base a la sospecha de una insuficiencia vascular cerebral.



Figura 1. Maurice Ravel (1875-1937).

El Dr. Oscar Agüero puso en mis manos el trabajo de RA Henson sobre Maurice Ravel, y al leerlo me extrañó la forma como fue interpretada y manejada la enfermedad del genial compositor. Me di a la

tarea de recabar información y gracias a la amabilidad de la Sta. Jacqueline Chapuis de la Biblioteca de la Academia de Medicina de Francia obtuve valiosa documentación. El propósito fue el de tratar de correlacionar todos los datos obtenidos para intentar llegar a una conclusión más satisfactoria.

Breve recuento histórico

En la región sur-oeste de Francia, Pirineos Atlánticos, muy cerca de la frontera con España, en un pequeño pueblo, llamado Ciboure (hoy día prácticamente es parte de la ciudad de San Juan de Luz), nació Maurice Ravel el día 7 de marzo de 1875. La casa natal estaba marcada con el N° 12 en la antigua Avenida Nivelle.



Figura 2. Casa natal de Maurice Ravel en Ciboure.

El padre de Maurice, Joseph, era oriundo de la Alta Savoya, había nacido en un pueblito a orillas del lago Lemán. Joseph Ravel se había distinguido por sus inventos, un motor a vapor calentado con aceite mineral y un motor sobre-comprimido a dos tiempos, usados para la locomoción. Por su reputación de hombre de ciencia, fue llamado, después de la guerra de 1870, a España, para trabajar en los ferrocarriles, en la construcción de vías férreas. En la bella, histórica e interesante ciudad de Aranjuez, conoció a la joven dama vasca María Deluarte o Delouarte, con quien contrajo matrimonio en 1874. Terminados sus compromisos profesionales en España, la joven pareja decidió fijar su residencia en Ciboure, cuna de Maurice.

Cuando Maurice tenía 3 años, la familia Ravel viajó a París, y allí en la “Ciudad Luz” tomaron la decisión de permanecer definitivamente. Desde la niñez, Maurice demostró una gran sensibilidad por la música. “Mi padre, escribió Maurice, “Mucho más instruido en este arte que la mayor parte de los “amateurs”, supo desarrollar mis gustos y a temprana edad estimuló mi fervor por la música” (1). En 1889, a los 14 años fue admitido en el Conservatorio de París para realizar estudios de piano. Allí, es sometido al régimen severo, establecido por su maestro Gabriel Fauré, el cual tiene que seguir en forma constante y de estricta obediencia. Fauré enseñará a Ravel “la fuerza del pianísimo y la elocuencia de la reticencia” (1). En 1895, escribió sus primeras obras, que luego fueron publicadas, entre ellas la “Habanera” para piano. Ravel consideró que esta obra contenía muchos principios que llegaron a predominar en sus composiciones posteriores.

La genialidad de Ravel se desarrollaba y continuaba en una forma ascendente, su fama pasó los límites de su patria. A pesar de su genialidad musical y reconocimiento de su talento y competencia, el premio de Roma, 1901, le fue negado, obtuvo el segundo puesto. En 1902 también le fue negado dicho Premio. En 1905 no se le autorizó y ni siquiera se le permitió entrar a tomar asiento en el concurso preparatorio para el Premio de Roma. Esto desencadenó un gran escándalo conocido como el “affaire Ravel”. La campaña de la prensa fue tan fuerte que obligó al director de Conservatorio, Dubois, a renunciar. Fauré fue nombrado Director. En 1928 hizo una gira triunfal por Canadá y Estados Unidos, visitó entre otras, las ciudades de New York, Chicago, Los Angeles. En noviembre de ese mismo año, se da el hecho apoteósico de la “pre-

miere” del famoso y bien conocido “Bolero”. Al cumplir 30 años Ravel llegó a ser “el héroe de una agitación pública de gran interés” (2).

Su música lo llevó a Gran Bretaña, Viena, Holanda, Italia, España, Escandinavia, Bélgica, Alemania, Suiza, Norte América (Estados Unidos y Canadá). En reconocimiento a sus méritos y por sus logros, en 1929, a la Avenida del Malecón en Ciboure se le dió el nombre de “Maurice Ravel”. Dos años más tarde, 1931 la Universidad de Oxford le confirió el título de “Doctor Honoris Causa”. Llama la atención que en 1920, Ravel haya rehusado la condecoración de la “*Légion d’Honneur*”.

Las nobles condiciones humanitarias de Ravel quedaron demostradas en muchas de sus acciones, basta recordar que cuando Gershwin le pidió que le diera lecciones, Ravel le contestó: “usted perdería la gran creatividad de su melodía para escribir del malo de Ravel” (1). Su concierto de piano para la mano izquierda fue escrito en 1931 con la finalidad de satisfacer la petición del pianista austríaco Wittgenstein, quien había perdido el brazo derecho debido a una amputación durante la primera guerra mundial. Vuillermoz, citado por Jankélevitch (1), en relación a la obra la “Hora española”, escribió: “En nombre de la lógica Ravel llevó a la lengua musical no solamente a la internacionalidad y universalidad sino también a su simple humanidad” (1).

Fue bien resaltante su personalidad reservada, algo enigmática. Ravel siempre sintió una intensa necesidad de aislamiento, de privacidad. Su vida sexual estaba envuelta en secreto, hizo un misterio de su proceso creativo, exponiendo su música solamente cuando el último toque había sido dado a sus composiciones. Indiscutiblemente se sentía vulnerable (3).

Impecable y elegante en el vestir. Estuvo atraído por el “dandismo” como una forma de vida (ya expresado por Baudelaire). Perteneció al grupo de “Los Apaches”, plataforma estimulante de sus propios trabajos como también de un ambiente congenial para la discusión de la estética (3).

Su constitución física era más bien del lado débil. De estatura pequeña, medía 1 metro, 60 cm, cuerpo delgado y cabeza muy agrandada. Gustaba y hacía bien la natación. Fue un gran y empedernido fumador. Demostró siempre una gran afectuosidad hacia sus padres, más pronunciada en la dirección materna. Su afecto e interés para la infancia fueron bien conocidos, y parece ser, que estos sentimientos

tuvieron gran influencia en el desarrollo de sus composiciones musicales.

Fue un importante innovador del estilo para el piano, un genio para la orquestación, un meticuloso en la armonía y, en ocasiones, un audaz y exitoso experimentador con las formas musicales. Pero mucho de su incentivo fue debido a sus fuertes simpatías que comunicaba a su trabajo, simpatías con las palabras de los niños y las expresiones de los animales y con una imaginaria vida exótica y antigua, especialmente donde su música tocaba en esas ideas. Ravel fue un artista decorativo del más alto grado, definiendo, elaborando objetos musicales e imágenes las cuales ejercían una continuada fascinación (3). Fue la figura más sobresaliente de la música moderna (4). “La Valse” fue escrita antes de su viaje a Viena, y el “Blues”, movimiento de la Sonata para violín fue anterior a su viaje a Estados Unidos. La música llenaba totalmente su mente. En una oportunidad dijo: “Ha sido suerte que yo hubiera logrado escribir música porque sé perfectamente bien que nunca hubiera podido hacer ninguna otra cosa”. Sus poetas favoritos fueron Verlaine y Régmer (3).

Gustaba y frecuentaba las reuniones y actividades en grupos sociales, departía con amigos y amigas, verdaderos momentos de alegría y satisfacción, sin embargo prefirió llevar una vida de soltero. Su vida continuaba llena por los muchos proyectos y su gran creatividad, cuando en forma repentina y aparentemente en buenas condiciones de salud, en 1933, bañándose en la playa de San Juan de Luz notó cierta imposibilidad para efectuar algunos movimientos. Siempre fue un excelente nadador y se encontró en la condición de no poder hacer dicho deporte. Trató de lanzar una pequeña piedrecita rozando la superficie del agua, y no sólo no lo logró, sino que la lanzó a la cara de una persona amiga. Luego, no pudo alcanzar un objeto con la mano, ni tampoco pudo escribir. Con la idea de recuperarse se fue a Montfort, y estando inclinado sobre el balcón, una amiga, Héléne Jourdan-Morhange, le preguntó ¿Qué haces? y el contestó: “*J’attends*” (Yo espero).

En 1934, Valery-Radot, escribió a Héléne Jourdan-Morhange: “He practicado (a Ravel) numerosos exámenes para estar seguro de no haber pasado por alto alguna lesión, no encontré ninguna” (5). No le impidió su débil constitución, desarrollar sus actividades tanto físicas como intelectuales.

En 1935 realizó un viaje, que calificó de fabuloso, a España y Marruecos. “Pasaba horas contemplando la Playa Djemme-el-Fna y oyendo aires marroquíes”.

Regresó a Francia y durante los años 1936 y 1937, los pasó entre San Juan de Luz, Monfort en Levallois cerca de su hermano Edouard o en París con su amigo Maurice Delage. Ravel se encuentra rodeado de sus familiares y amigos y cuidado eficazmente por su ama de llaves, la Sra Révelot. La condición física y la intelectual fueron descendiendo en forma progresiva alarmante y preocupante. Un grupo de excelentes profesionales de la medicina, catalogados en el más alto grado de hombres de la ciencia médica vieron y examinaron a Ravel: Th Alajouanine, Clovis Vincent, Thierry de Martel, Pasteur Valery-Radot, Rosier, Jean B Tavernier.

En el mes de diciembre, 1937, la situación fue tan grave, que los familiares y amigos decidieron, que algo había que hacer en beneficio del paciente. de Martel opinó que ningún tipo de intervención quirúrgica estaba indicada. Vincent por el contrario recomendó la intervención, con la idea de ofrecer algo al paciente. El 19 de diciembre 1937, Vincent decidió operar y practicó una craneotomía frontal derecha. Seguidamente a la operación, Ravel presentó una franca mejoría, lo cual produjo una gran alegría a familiares y amigos, pero luego, entró en coma, y el 28 de diciembre, 1937, Maurice Ravel dejó de existir. Según Jankélévith (1), Laurent y col. (6) y Marnat (7), la intervención fue el 19 de diciembre y según Henson (5) fue el 17 de diciembre.

Antecedentes

Ravel fue persona de aparente constitución débil, sin embargo, no demostró limitaciones físicas o intelectuales. Según Henson (5), ya antes de la primera guerra mundial se habían presentado ciertas manifestaciones en el campo neurológico. Su personalidad era la de un ansioso, condición que se hacía más pronunciada especialmente en la realización de la composición y creación musicales. Presentaba períodos de limitación, de suspensión de su actividad, sin embargo, esto no entorpecía su creatividad, la cual continuó hasta cinco años antes de su muerte. Demostró una gran dependencia hacia sus familiares, especialmente la madre.

Debido a su constitución física, no fue admitido al servicio militar. Pudo conseguir finalmente, en 1916, un puesto como conductor de camión con destino a Verdún. No es de extrañar que fuese atacado por una disentería grave y un enfriamiento, (congelación) de los pies. Le dieron permiso y se fue a París para su recuperación. En enero de 1917,

recibió el duro golpe de la triste noticia de la muerte de su madre. Después de un mes de convalecencia, regreso al servicio y fue enviado a Chalón. Sus deseos de entrar a la aviación, quedaron desvanecidos cuando fue informado por los médicos, que padecía de una hipertrofia cardíaca. Esto le preocupó mucho, pero exámenes posteriores demostraron que no tenía nada grave.

En carta enviada a Héléne Jourdan-Morhange (1), el 4 de agosto 1923, le escribió: “He encontrado la forma de aplastarme dos dedos, uno de cada mano. No ha sido sino hasta hoy que el médico me ha podido asegurar que el meñique de la mano derecha, que era un bistec, se recuperará. El dedo medio de la mano izquierda, el más afectado, siempre insensible, comienza por fin a dar esperanza. Puede y debe tocar el piano, para ejercitar los nervios maltratados” (1).

Mercier (8), en su tesis sobre la Biografía de Ravel, describió el accidente de auto sufrido por Ravel, “A la una de la mañana del día 9 de octubre de 1932, en la esquina de las calles Atenas y Amsterdam, dos taxis chocaron. Ravel iba como pasajero. Sufrió de una herida en la cara, fue llevado al Hospital Beaujon donde lo suturaron y dejaron en observación. Es a partir de este accidente cuando van a aparecer los primeros síntomas de su enfermedad, y es así que en la cima de su gloria, de un día a la mañana siguiente, deja de componer”.

El accidente, según Laurent y col. (6) fue mucho más grave de lo que aparentaba ser. Ravel fue lanzado contra la ventana del vehículo. Hubo una conmoción cerebral, dientes fracturados, heridas en la cara y un traumatismo torácico. Después del accidente permaneció en una inactividad total durante 3 meses y en un estado de decadencia psíquica. Varios tratamientos fueron recomendados, inyecciones, reeducación, hipnosis, inclusive electricidad, sin haber logrado beneficio alguno. En los cinco años siguientes, es decir, desde el accidente 1932, hasta el final de sus días, 1937, no escribió sino unas pocas páginas, tipo bosquejo para su ballet “Morgiane” y dirigió solamente en dos oportunidades, el concierto de piano para la mano izquierda y el “Bolero” (7). También trabajó en la obra para canto y piano, “Don Quijote a Dulcinea”, proyectos para la edición de una gran obra lírica “Juana de Arco” y un “Oratorio a San Francisco de Asís”. La decadencia de la salud de Ravel se hacía notar cada vez más en una forma acelerada, y es en realidad en el año de 1937 cuando se presentaron los síntomas

alarmantes de su enfermedad.

Sintomatología

En 1927, cuando tocaba su sonata para piano y violín con Héléne Jourdan-Morhange, y según ella misma, Ravel parecía estar, por un momento, como perdido delante de su propia música. Pasteur Valery-Radot lo examinó y recomendó un año de reposo; no se conoce la razón de esta indicación. En 1928 se quejaba de pérdida del sueño y de temblor (6).

Después del accidente de automóvil del año 1932, los síntomas se hicieron más evidentes; en junio de 1933 presentó dificultad para tocar el piano y, tratando de nadar en la playa de San Juan de Luz no lo pudo hacer, siendo un gran nadador. Quiso enseñar a una amiga (ya lo hemos mencionado) a hacer el rebote de una piedra sobre la superficie del agua y, debido a su incapacidad, dirigió la piedrecita a la cara de la amiga. Cuando cenaba casa de su editor Durand, tomó el tenedor por la extremidad de los dientes, y en los meses de julio y agosto de ese mismo año 1933, no podía firmar. Escribía con gran dificultad y quejándose decía: “Esto es el fin no puedo escribir más mi música, yo la oigo pero no la puedo escribir” (6). En noviembre tuvo dificultad para encontrar las palabras. En enero de 1934 fue explorado por Pasteur Valery-Radot, quien ordenó exámenes y no encontró ninguna lesión orgánica y concluyó que se trataba de una fatiga intelectual en un sujeto que ya había presentado episodios de fatiga, y supuso, sin embargo, la posibilidad de una afección en la región del cerebro que comanda los gestos y el lenguaje (9). En diciembre de 1934, logró con dificultad, a pesar de su afasia, dar indicaciones de notas, de tiempo y de dinámica (6). Durante las exequias de Paul Dukas, le dijo a Charles Koechlin, “He percibido un tema, puedo todavía escribir mi música” (6). Pero su amiga Héléne Jourdan-Morhange que lo visitaba con frecuencia, lo encontraba deprimido, esperando todo el día. Continuaba en forma constante sus largas caminatas, que las hacía solo, sin ninguna compañía, en el bosque de Rambouillet, sin llegar a perderse jamás.

Alajouanine, cuya información sobre Ravel ha sido admirablemente analizada por Henson (5) escribió, “que Ravel en la cumbre de su carrera fue atacado por una afasia” lo cual, agrega Henson (5), no significa que fue algo de aparición repentina. Parece ser que Alajouanine trató a Ravel durante el período de 1933 a 1936. El paciente presentó una apraxia ideomotora marcada, la cual afectó su

habilidad para escribir, tanto en la parte verbal como musical y también para tocar el piano. Hay pruebas que en el año de 1936 no podía ni siquiera escribir su nombre, ni las notas musicales. Había limitación tanto en la producción como en la comprensión de la palabra hablada. Leer y escribir música le era muy difícil y copiar, prácticamente imposible. Su capacidad para tocar el piano, se podía decir que estaba casi perdida, sin embargo su percepción auditiva estaba relativamente preservada. Reconoció que el piano de Alajouanine estaba desentonado, desafinado; su capacidad para reproducir notas tocadas en el piano era bastante buena. Reconocía piezas musicales cuando se las tocaban. No cometía errores en reconocer sus propias composiciones. Reconocía faltas en relación al ritmo y al tiempo. Alajouanine pensó que la memoria, el juicio, la efectividad y la estética estaban preservadas, pero Henson (5) fue de opinión que el paciente debía tener dificultad, tanto en expresar juicio como en la expresión verbal. Alajouanine concluyó que Ravel padecía de una atrofia cerebral y que había aumento de los ventrículos laterales (5). Consideró el fracaso de la creatividad como una imposibilidad para lograr sus pensamientos musicales, ya fuera por la escritura musical o por la ejecución. Ravel manifestaba que aunque podía oír música en su cabeza, no podía comunicar lo que sentía a otras personas. De ahí la expresión de Alajouanine: Concebir es nada, expresarlo es todo (5). Marnat (7), según Henson (5), describió la triste figura de Ravel a través de la información obtenida de amigos. Colette recordaba la forma preocupante como llegó caminando a la casa de Moreau, cerca de Montfort, verano de 1937, y después de la cena, le dijo: “Tiens Colette”, pero otras veces escasamente trataba de hablar y parecía como si fuera a desbaratarse.

Reconocía los aires musicales tocados, podía indicar el estilo, precisar algunos detalles de la ejecución y del ritmo. Reconocía las más pequeñas faltas que voluntariamente eran introducidas en la ejecución y en la medida, fallaba en la exactitud del acorde del piano y en los errores involuntarios del ejecutante. Podía cantar de memoria algunos fragmentos de sus obras con la condición de que se le diera la nota “la” o la primera nota del tema. Oía los aires musicales en su cabeza, pero cuando se ponía al piano, su ejecución era mediocrementemente lograda, por la torpeza de sus manos o por el error de la lectura de la partitura. A duras penas nombraba las notas que había oído o aquellas que debía leer.

En noviembre de 1937, según Henson (5) y Laurent y col. (6), después de haber asistido a su último concierto, (Daphnis et Chloe, ejecutado por la Orquesta Nacional bajo de la batuta de Engelbrecht) se le oyó decir: “Tengo tanta música en mi cabeza”. Su condición llegó a ser tan alarmante que la bailarina Ida Rubinstein, con quien tenía una larga amistad, consultó a de Martel, quien no estuvo de acuerdo con la intervención quirúrgica. También consultó en Suiza, Alemania e Inglaterra, y la opinión fue de tratarse de una enfermedad degenerativa pero no tumoral (5). En definitiva, Ravel presentó un cuadro de afasia expresiva y receptiva no completa, apraxia, agrafia, agnosia, alexia, avocalia, amusia. La interpretación diagnóstica fue variada, se habló de enfermedad degenerativa, sin precisar etiología, enfermedad de Alzheimer, de Pick, afasia de Wernicke, hematoma subdural crónico, tumor, hidrocefalia sin determinar causa, síndrome postraumático.

Enfermedad de Ravel

Para interpretar la sintomatología presentada por Ravel, es importante revisar la localización y función de las áreas cerebrales. En relación al lóbulo temporal, André Thomas (10) escribió: “Los dos lóbulos temporales son anatómicamente semejantes, si se consideran la zona olfatoria y la zona auditiva; fisiológica e individualmente, esta última es más diferente en el diestro que en el zurdo, la zona de cruce, encrucijada, goza de un mayorazgo más o menos absoluto, tanto para el lenguaje como para la música; las lesiones de afasia y de amusia afectan el hemisferio izquierdo del diestro. Por estas dos formas de expresión está más enfeudado en los procesos psicoemotivos. Los dos lóbulos temporales entienden, pero el izquierdo escucha, comprende, experimenta y huele; el sólo puede evocar por el lenguaje interior, la palabra y el canto, la finura del espíritu, la delicadeza del sentimiento; las fluctuaciones sentimentales del violinista (diestro) son transmitidas por el arco, el instrumento del alma unido a la mano derecha”.

Según Crosby y col. (11), “Lesiones en el área 22 en la parte donde rodea a la corteza auditiva (áreas 41 y 42), producen un tipo de afasia auditiva receptiva que a veces es considerada como la sordera de la palabra. Los efectos en este sitio son más pronunciados cuando la lesión es bilateral, pero algunas disfunciones pueden ser notadas por daño en el hemisferio predominante. Pacientes con una afasia auditiva y sin lesiones en las áreas 41 y 42 no son

sordos, pero el significado completo de las palabras está perdido. Ellos no entienden más lo que se les dice y por lo tanto, no pueden obedecer órdenes orales, no pueden escribir cuando se les dicta y su expresión llega a ser confusa y algunas veces ininteligible porque no entienden lo que ellos mismos han dicho. Vacilación, perseverancia y el uso de palabras equivocadas son demostraciones comunes. Expresiones emocionales, tales como blasfemar, pueden ayudar a sobrepasar el obstáculo, si la destrucción no es muy grande. Daño de la circunvolución angular, área 39, en el hemisferio predominante (o bilateral) produce lo que se ha llamado afasia visual receptiva (o sensorial); la persona con este tipo de lesión pierde la habilidad de reconocer los símbolos para el lenguaje. No reconoce las palabras escritas o impresas y no puede leer (alexia), condición frecuentemente llamada “ceguera de la palabra”. Escribe pobremente (agrafia) porque no puede leer lo que ha escrito. Lesiones que envuelven el área 22 y que se extienden posteriormente a la circunvolución temporal superior para envolver a la circunvolución angular, dando entonces defectos asociados auditivos y visuales, en lo que se conoce como “afasia de Wernicke”.

Cuando la circunvolución supramarginal, o área 40, y las vías asociadas subyacentes en el hemisferio predominante están tomadas y, especialmente, si la lesión se extiende suficientemente profunda en la sustancia blanca, aparece una marcada incapacidad. El paciente ha perdido el simbolismo del lenguaje. Las palabras no tienen más un sentido en la expresión del pensamiento, sin embargo, la persona puede estar en capacidad de pensar y parece estar muda como una persona con una afasia motora completa”.

El término de apraxia se aplica a la imposibilidad de ejecutar movimientos con destreza, aun si la zona del movimiento voluntario no está comprometida. Tales apraxias pueden resultar por el compromiso de las zonas de asociación motora del lóbulo frontal rostral de la corteza motora, y dorsal de la zona opercular en la circunvolución frontal media, y son llamadas apraxias motoras. Pacientes con este tipo de apraxia son torpes en la ejecución de movimientos hábiles, tales como escribir; sin embargo, apraxias completamente diferentes pueden aparecer en lesiones de la corteza parietal de asociación detrás (o posterior) de la corteza somestética, porque los componentes propioceptivos son parte importante en todos los movimientos hábiles. Con esta clase de compromiso del lóbulo parietal, el paciente puede

ejecutar un movimiento aislado muy satisfactoriamente, pero se encuentra incapacitado para efectuar una secuencia de movimientos coordinados.

La sintomatología resultante de las lesiones en las áreas cerebrales, dice De Jong (12), “no es sólo la pérdida específica de la función de esas áreas sino también la pérdida de las conexiones entre ellas y otras porciones del cerebro”. En relación con lo expresado, De Jong (12) y Terry y Rosenberg (13) han podido demostrar e interpretar por medio de la resonancia magnética (RM) y la tomografía con emisión de positrones, las conexiones y funcionamiento de los fascículos de asociación, específicamente del fascículo fronto-ponto-cerebeloso, en un caso de ataxia, producido por una lesión traumática del lóbulo frontal. Grant (14) en la revisión efectuada en el Servicio de Cushing, encontró que de 575 casos en los cuales se practicó exploración de la región suboccipital (fosa posterior), en 27 de ellos, una lesión supratentorial fue verificada posteriormente.

La pérdida de la facultad para reconocer los tonos musicales o reconocer la música se conoce bajo el nombre de amusia. El centro musical para reconocer los sonidos musicales es el área 38, mitad anterior de la circunvolución temporal superior y la punta del lóbulo temporal (15,16). Lesiones que envuelven esta área causan agnosia musical auditiva o amusia, pérdida de la habilidad para comprender los tonos musicales o conocer la música. Sin embargo, el mismo autor dice que el área 44 es específicamente para el lenguaje y el área 45 para la expresión musical. Con una lesión en el área 44, dice que hay un defecto en el lenguaje pero el canto está conservado. Con una lesión en el área 45 aparece una avocalia, pérdida de la habilidad para cantar.

El canto o lenguaje rítmico tiene representación bilateral en la corteza, localizado en el área más frontal de la parte triangular de la circunvolución frontal inferior, área 45 de Broadman (15,17) Penfield y Rasmussen (18) pudieron constatar la presencia de tres áreas específicas relacionadas con afasia en el hemisferio predominante, producidas por la resección o destrucción unilateral de áreas corticales (Figura 3). Swerdlow (19) comunicó “que el planum temporale en el hemisferio izquierdo, una parte del cerebro asociada con el proceso auditivo, es más grande en los músicos que en los no músicos, y más grande aún en los músicos con oído perfecto”. (Hasta el presente no he podido encontrar,

ni confirmar la fuente de dicha comunicación).



Figura 3. Áreas de afasia encontradas por Penfield y Rasmussen (18).

Posibilidades de diagnóstico

Tratando de establecer una correlación entre el cuadro clínico que presentó Ravel y las localizaciones cerebrales, antes que todo debemos tomar en cuenta unos hechos que son fundamentales. A Ravel se le diagnosticó una posible enfermedad cardíaca, fue una sospecha, pero no conocemos si efectivamente había lesión alguna. Ravel fue un empedernido fumador. La enfermedad fue de aparición tórpida y la evolución fue de la misma característica. La conducta presentada por el paciente de la impresión como si hubiese habido pequeños momentos en que el encéfalo no funcionara con el ritmo que denominamos normal. La genialidad del paciente se confundía con la participación vaga, sutil de una sintomatología que no dejaba o que casi no dejaba rastro alguno. Todo este cuadro clínico apunta hacia algo que podría ser catalogado como una insuficiencia vascular. No quiere esto decir, que no tomemos en cuenta las características de su personalidad, pero esta condición no explicaría completamente la sintomatología de la enfermedad de Ravel.

Por lo que se ha escrito, sabemos que Ravel era diestro, es decir, de hemisferio dominante izquierdo. La riqueza de su sintomatología, dirige la localización hacia el hemisferio cerebral izquierdo, y la extensión nos lleva a considerar que la lesión ocupaba varias áreas de la corteza cerebral. Se puede deducir, que varias áreas cerebrales estaban tomadas: en el

lóbulo frontal, las áreas 44 y 45, expresión motora, (expresiva), más una pequeña zona por encima del área 44 que Crosby y col. (11) consideran estar relacionadas con la escritura. En el lóbulo temporal, las áreas 22, afasia auditiva o sordera de la palabra, área 37, afasia auditiva-visual de asociación, área 38, amusia, área 41 y 42, afasia receptiva primaria. En el lóbulo parietal, área 40, pérdida del simbolismo, área 39, parieto-temporal, afasia receptiva visual (Figura 4).



Figura 4. Numeración citoarquitectural según Broadmann. Áreas supuestamente lesionadas en el hemisferio izquierdo de Maurice Ravel. Lóbulo temporal: áreas 22, 41, 42, afasia auditiva receptiva, 38, agnosia musical auditiva o amusia, 37, auditiva visual de asociación. Lóbulo parietal: área 39, afasia visual receptiva, 40, pérdida del simbolismo del lenguaje. Lóbulo frontal: área 44, lenguaje, 45, avocalia. xxxxx relacionada con la escritura (área descrita por Crosby (11)).

En relación a los diagnósticos que fueron considerados por los galenos que tuvieron la oportunidad de ser consultados, ver y tratar a Ravel, al hacer una revisión se puede concluir: que la presencia de un tumor, primario o metastático no tiene bases para un diagnóstico firme; ni la sintomatología, ni la exploración clínica apoyan dicho diagnóstico, como tampoco el de hematoma subdural crónico. Nunca presentó un síndrome de hipertensión intracraneana, ni jamás se quejó de cefalea, no hubo parálisis, ni paresia de ningún tipo. Enfermedad infecciosa como encefalitis o sífilis no cuadran en la clínica presentada por el paciente. La enfermedad de Alzheimer o la de Pick no tienen bases para un diagnóstico, Ravel siempre estuvo orientado y

siempre pudo regresar a su casa después de sus largas caminatas, que siempre las solía hacer solo. El traumatismo debido al accidente de auto, pudo haber influido en algo, pero no fue la causa fundamental de la enfermedad.

Es nuestra impresión que Ravel sufrió de un accidente cerebrovascular, o mejor dicho, de una insuficiencia vascular cerebral, debida a una trombosis o a una embolia. Pudo haber habido pequeños desprendimientos de émbolos, pero más posiblemente fue una enfermedad trombótica progresiva, de la carótida interna o de la cerebral media, izquierdas.

Un diagnóstico preciso no lo hubo, ni lo podrá haber, pues no se realizaron las exploraciones que hubieran dilucidado el complejo cuadro clínico presentado por Ravel.

Comentario

Es interesante trasladarnos a la “Ciudad Luz”, en ese diciembre de 1937, cuando Thierry de Martel se oponía a la intervención, pues no encontraba indicación para la cirugía. Del otro lado, Clovis Vincent, quien indicó la operación para hacer algo por el paciente, (parece que pensó en la posibilidad de un tumor). Ahora bien Vincent fue discípulo de Babinski, mejor maestro no pudo haber tenido, de modo que los conocimientos de la neurología de Vincent eran firmes, y durante su carrera así lo demostró. Como cirujano mejor evaluación que la que le dio Cushing imposible superarla, siempre había seguido la carrera de Vincent con gran interés, y en 1933 cuando lo vio operar por primera vez, estuvo profundamente impresionado por su habilidad y competencia (20). Sin embargo, todo indicaba que la lesión estaba localizada en el hemisferio izquierdo y Vincent decidió operar en el lado derecho. Según Henson (5), quien tuvo acceso a las actas relacionadas con la cirugía de Ravel, Vincent operó con el diagnóstico de dilatación ventricular, sin causa establecida, guiado por el aumento de tamaño de la cabeza. Practicó una craneotomía frontal derecha, se presume, para evitar hacer daño en el hemisferio predominante. No encontró anomalía en el hueso. El cerebro aparecía laxo, no estaba ablandado en el área expuesta. Punzó el ventrículo lateral y no obtuvo salida de líquido en forma espontánea, pero cuando hizo presión en la superficie cerebral, sí se vio salida de líquido. Vincent inyectó agua en el ventrículo para producir reexpansión pero no lo logró. Procedió a cerrar, dejó la dura abierta y

colocó el colgajo óseo y las partes blandas en la forma de rutina. No practicó una ventriculografía, ni tampoco tomó una biopsia.

Seguidamente a la operación hubo una franca mejoría, lo cual alegró a familiares y amigos. Llamó a su hermano Edouard, pero luego entró en coma y el día 28 de diciembre de 1937, Maurice Ravel dejó de existir. No hubo permiso para practicar la autopsia. Es muy extraño que Vincent no hubiera practicado una ventriculografía, habiendo punzado el ventrículo e inyectado agua, ya prácticamente el procedimiento estaba realizado. La ventriculografía era un procedimiento altamente conocido y utilizado. Había sido descrito por Dandy (21) en el año 1918. Para el año 1932, Cushing había presentado su estadística: había comprobado 2 023 tumores cerebrales, de los cuales 1 870 fueron operados (22). Moniz (23), había hecho su comunicación sobre la “*encephalographie arteriel*” en el año de 1927. Queda la pregunta ¿por qué no se llegó a practicar ninguno de los exámenes exploratorios conocidos y utilizados? La biopsia hubiera sido de gran ayuda y la autopsia hubiera sido la clave del diagnóstico.

La importancia de la autopsia queda demostrada una vez más en los casos de dos excelentes amigos: Harvey Cushing, figura médica internacionalmente reconocida y Sven Hedin, explorador de igual reputación. La autopsia de Cushing practicada por Zimmerman (24) demostró: “Lesiones de origen vascular en las regiones motora y occipital del lado derecho. Las circunvoluciones estaban blandas y las superficies con muchas cicatrices gliales. Una arteria de la pía, completamente obstruida. Las arteriolas de las meninges y del parénquima aparecen con cambios ateromatosos. La subcorteza en las zonas infartadas presenta condensación de la oligodendroglia. La pequeña lesión en la región occipital izquierda es un hemangioma hialianilizado con canales de endotelio. Moderada hidrocefalia de los ventrículos laterales, un quiste en el III ventrículo lleno de sustancia coloidea, que puede ser un quiste del plexo coroideo. En el caso de Hedin, Ljunggren (25) escribió: “Realmente una sorpresa, un quiste homogéneo que llenaba la silla turca y abombaba hacia arriba. Se podía especular en qué grado este adenoma quístico pudo haber influido en la vida del gran explorador. Quizás una disminución en la función hipofisaria en los años jóvenes, fue la explicación de por qué prefirió la devoción de explorar Asia Central en vez del sexo femenino. Uno puede concluir que Cushing y Hedin fueron

grandes hombres que lograron grandes realizaciones durante sus vidas. Sin embargo, en los dos casos la autopsia reveló que tenían cerebros enfermos". Podemos agregar que Ravel fue también un gran hombre con un cerebro enfermo y logró realizar obras maestras.

Escrito está: "Su música continúa viva; su elegancia para deleitar; su dorada y radiante sensibilidad para expresar y su constante anhelo que va desde la inocencia hasta lo fascinante (7).

REFERENCIAS

1. Jankélévitch V. Ravel. París: Solféges-Seuil; 1956.
2. Scholes A. The oxford companion to music. Oxford: University Press; 1978:857.
3. The New Grove dictionary of music and musicians. Stanley Sadie, editores. London: Mac Millan Publishers Limt ; 1980:609-621.
4. Ravel M. Encyclopedia Britannica. Tomo 18. Chicago: Willian Bentun Pub; 1964:996-997.
5. Henson RA. Maurice Ravel. Illness. A tragedy of lost creativity. Br Med J 1988;296:1585-1648.
6. Laurent A, Genevray B, Mathies F, Laurent F. Un banal accident de taxi ou les dernières années de la vie de Maurice Ravel. Sem Hop Paris 1988;84(17):1197-1199.
7. Marnat M. Maurice Ravel. París: Ed Fayard; 1956:883-884.
8. Mercier B. Biographie de Maurice Ravel. These Fac Med Bobigni 1991.
9. Boucher M. La maladie de Maurice Ravel. Hist des Sciences Med 1991;25:191-197.
10. Thomas A. La zone accustique et auditive du lobe temporal. Affectivité et reactivité. Les activité du lobe temporal. Paris: Masson et Cie; 1955:151-156.
11. Crosby EC, Hunphrey T, Lauer EW. Correlative anatomy of the nervous system. Nueva York : The Mac Millan Co.; 1962:514-515.
12. De Jong RN. The neurological examination. Paul B, Hoeber Inc.; 1950:859.
13. Terry JB, Rosenberg RN. Frontal lobe ataxia. Surg Neurol 1995;44:583-588.
14. Grant PC. Cerebellar symptoms produced by supratentorial tumor: further report. Arch Neurol Psychiat 1928;20:292-308.
15. Nielsen JM. Agnosia, apraxia, aphasia. Their value in cerebral localization. Nueva York: Paul B Hoeber Inc.; 1946:292.
16. Nielsen JM. Ideational motor plan. Role of the parieto-occipital region in planned acts. J Nerv Ment Dis 1948;108:361.
17. Nielsen JM. The cortical motor pattern apraxias. Res Pub Ass Nerv Ment Dis 1948;27:556-581.
18. Penfield W, Rasmussen Th. The cerebral cortex of men. Nueva York: The Mac Millan Co.; 1950:199-200.
19. Swerdlow JL. Quiet miracles of the brain. Nat Geog Mag 1995;187:199-200.
20. Foulton JF. Harvey Cushing. A biography. Springfield, Illinois: Charles C Thomas; 1946:709.
21. Dandy WE. Ventriculography following the injection of air into the cerebral ventricles. Ann Surg 1918;68:5.
22. Horrax G. Some of Harvey Cushing contributions to neurological surgery. J Neurosurg 1944;1:3-22.
23. Moniz E. L'encephalographie arterielle, son importance dans la localization des tumeurs cerebrales. Rev Neurol 1927;2:72-90.
24. Zimmerman HM. The last days of Harvey Cushing. Surg Neurol 1975;3:3-170.
25. Ljunggren B. Great men with sick brains. Nueva York: Elsevier Science Pub Co. Inc.; 1990.