

## El lenguaje normal y patológico

Por LUIS D. ESPEJO

*Jefe de Clínica en la Facultad de Medicina*

(Conclusión)

### 5. Balbucie.

La balbucie es según el concepto de BENON (1) un trastorno disténico en un terreno distímico; es decir, un defecto de la articulación de la palabra por trastorno de la energía nerviosa en un sujeto emotivo.

Este trastorno lo había ya estudiado FERRERI (2) con la denominación de *fonastenia*. Según este autor, la diferencia de la articulación de las palabras entre un sujeto normal y un fonasténico consiste, esencialmente, en el debilitamiento de la energía nerviosa necesaria para poner en juego los diversos mecanismos cuyo funcionamiento sucesivo y coordinado genera la correcta pronunciación de las palabras.

Estos trastornos funcionales de los mecanismos encargados de la articulación de la palabra, explican la sintomatología de la balbucie: *la incapacidad intermitente de la palabra para emitir los sonidos*. Este fenómeno solo se observa en la conversación y desaparece cuando el individuo canta o entona. La balbucie se inicia, principalmente, cuando el sujeto encuentra al principio de la palabra una letra cuya pronunciación le es difícil. Como lo hace observar con mucha razón COLMAN, (3) aquí interviene el *factor psíquico*, la

(1) BENON.—*Les maladies mentales et nerveuses et la guerre*.—«Revue de Neurologie», Fevrier, 1916.

(2) FERRERI.—*Di una Imperfezione nell Linguaggio Articolato*, 1905.

(3) COLMAN, en ALBUTI, loc. cit., tomo II, pág. 269.

simple percepción de la letra inhibe el órgano ó los órganos encargados de producir la letra por acción nerviosa central.

La dificultad de la palabra produce un verdadero *silabeo*, muchas veces acompañado, según la mayor o menos dificultad, de movimientos asociados de la cabeza, de la cara y aun de todo el cuerpo; en algunos casos, COLMAN ha observado movimientos que semejan el acceso epiléptico.

Algunos autores han asociado la balbucie a otros defectos de la articulación.

He aquí algunas observaciones:

*Observación N.º 1.*—Máximo Grados, de veinte años de edad, natural de Canta, fue asistido por el Dr. H. VALDIZAN en su consultorio particular.

*Antecedentes personales.*—Padre alcohólico; la madre sana.

*Antecedentes hereditarios.*—Durante la gestación la madre sufrió cóleras y molestias.

A la edad de un año y meses tuvo «diarreas».

Desde pequeño hablaba mal; cuando ingresó al colegio, a la edad de cinco años, notaron que la dificultad de palabra era mayor.

La ecolalia es buena: lo mismo que la lectura.

En este caso, el trastorno reside evidentemente en la vía de trasmisión del centro *O* de GRASSET al centro emotivo de la palabra, el que a su vez excita anormalmente los centros inferiores. Se trata de un caso de *balbucie central*. En efecto, la ecolalia y la lectura son buenas, lo que indica la integridad funcional de los centros poligonales. La vía motriz comprendida entre el centro *O* y el centro motriz de la palabra está trastornada. La balbucie, en este caso, se confunde con una disfasia suprapoligonal. Además, es evidente que este trastorno se debe a un imperfecto desarrollo de la vía central mencionada, consecuencia probable de la herencia mórbida del padre.

*Observación N.º 2.*—Julio Ortíz, de 13 años de edad, natural de Lima, solicitó los servicios del «Consultorio de enfermedades Nerviosas» del Hospital «Dos de Mayo», a cargo del doctor H. VALDIZAN, el 13 de marzo de 1916.

*Antecedentes hereditarios.*—El padre es sano; la madre murió del pulmón. Han sido ocho hermanos; una hermana murió a los dieciocho años de «parto»; un hermano es caprichoso, colérico; los otros son sanos.

*Antecedentes personales.*—A la edad de cuatro años, nos relata el padre, sufrió una caída con pérdida del conocimiento. Poco tiempo después del traumatismo «le supuró el oído» (otitis media); un año después le hicieron una amigdalotomía. Con motivo de un embarazo gástrico febril, tuvo palidez, mareos, náuseas, vómitos; «se puso muy nervioso». Cuando pronunciaba una palabra hacía movimientos unilaterales de la cabeza o movimientos de la cabeza sobre el cuello.

*Notas antropológicas.*—Asimetría craneana y facial con predominio del lado derecho. Pabellón auricular derecho implantado más atrás que el izquierdo. Tubérculo darwiniano más acentuado a la izquierda. Dientes implantados en doble hilera. (ataxia); los caninos superiores en un plano anterior; bóveda palatina elevada y ojival. Labio inferior grueso. Ligero prognatismo. Fosas nasales ensanchadas.

*Vida vegetativa.*—Nada de anormal.

*Vida de relación.*—a) *Motilidad:* normal. b) *Expresión:* pronunciación difícil la articulación va precedida de una profunda inspiración (tipo suspiroso). acompañada de dilatación de las ventanas nasales.

A veces acompaña la pronunciación de movimientos rápidos de los labios.

Bajo la influencia de las emociones la dificultad aumenta.

La escritura es buena.

El examen semiológico de la palabra nos revela lo siguiente: balbuceo por trastornos respiratorios; alarga considerablemente la primera sílaba, que coincide con el movimiento inspiratorio. Así, pues, dice: in... dudablemente. Const... tantínopla, &. El resto de la palabra sale en forma explosiva.

Además en las linguales como la z, o la n, hay propulsión de la lengua y alargamiento de la sílaba: ejemplos:—Zoi... la, Na... tividad, &. Entre la primera sílaba y las restantes hay un tiempo de 5 a 8 segundos.

*Observación N.º 3.*—Jaime Valencia, de ocho años de edad, natural de Lima, solicitó los servicios del «Consultorio de Enfermedades Nerviosas» del Hospital «Dos de Mayo», el once de abril de 1916.

*Antecedentes hereditarios.*—El padre es sano; la madre ha sufrido de «ataques».

*Antecedentes personales.*—A la edad de año y medio comenzó a sufrir de «ataques». A los dos años dió sus primeros pasos y a los tres años emitió sus primeras palabras.

*Notas antropológicas.*—Dientes de Hutchinson.

*Vida vegetativa.*—Nada de anormal.

*Vida de relación.*—a) *Motilidad:* hiperreflectividad. b) *Sensibilidad:* normal c)

*Expresión:* hipermimia, ecolalia. Palabra balbuciente.

*Notas psicológicas.*—Desatento, irritable, hiperactivo.

En este caso es de notar los antecedentes convulsivos de la madre, que el hijo ha heredado.

—¿Qué influencia han tenido los ataques sobre el retardo de la palabra?—Es indudable que los ataques, cuya naturaleza desconocemos han determinado el atraso de la actividad intelectual del sujeto y por ende el desarrollo normal de la expresión hablada. FERE ha observado muchos trastornos de la palabra en los epilépticos, trastornos que pueden constituir un verdadero «aura» o un equivalente de la crisis convulsiva. De toda manera, el temperamento neurótico de este niño explica satisfactoriamente el trastorno funcional de la palabra.

*Observación N.º 4.*—Mariano Carbajal, de diecinueve años de edad, natural de Lima, estudiante, solicitó los servicios del «Consultorio de Enfermedades Nerviosas» del Hospital «Dos de Mayo», el 15 de abril de 1916

*Antecedentes hereditarios.*—Sin importancia.

*Antecedentes personales.*—Durante la gestación la madre experimentó un «susto». Desde muy pequeño ha sido balbuciente.

Su vida vegetativa y de relación son buenas.

Como nota antropológica sólo mencionaremos los dientes de Hutchinson.

En este enfermo, fuera de la posibilidad de la heredosisífilis (dientes de Hutchinson), es de notar la influencia del «susto»; la «transmisión inmediata de una enfermedad nerviosa de la madre al feto por la influencia del susto» (1) ha sido sostenida por todos los psiquiatras antiguos y modernos. Nosotros hemos podido comprobar

(1) Mosso. *El Miedo*, 1892, Pág. 343.

en multitud de casos la influencia de las emociones sufridas por la madre sobre la eclosión de las neurosis del niño.

*Observación N.º 5.*—Amador Mesa, de treinta y seis años de edad, natural de Ica, de raza india, de profesión pintor, solicitó los servicios del «Consultorio de Enfermedades Nerviosas» del Hospital «Dos de Mayo» el 9 de noviembre de 1916.

El Dr. HERMILIO VALDIZAN, que examinó prolijamente a este enfermo, nos ha suministrado los siguientes datos:

*Antecedentes familiares.*—El padre murió de tuberculosis pulmonar; la madre de «mal de parto». Tiene dos hermanas sanas. Tiene tres hijos; de ellos, uno, después de la «perniciosa» ha quedado *mudo* a la edad de seis años, solo le restan los vocablos: *mamá* y *papá*.

*Antecedentes personales.*—Antes de la enfermedad actual, su palabra era vivamente influenciada por los estados emocionales. Ha tenido hemorragia a los 28 años. A los 25, tuberculosis pulmonar que lo obligó a ir a Jauja. El año de 1914 tuvo «viruela». No recuerda nada absolutamente de su enfermedad: dice haber perdido el conocimiento. Al restablecerse, hablaba pocas palabras. Conocía los objetos pero no podía designar su nombre. Actualmente no recuerda la palabra que designa varios objetos.

Al principio de la enfermedad escribía *garabatos*.

*Vida vegetativa*—Trastornos del lado del aparato respiratorio. (tuberculosis pulmonar).

*Vida de relación.*—No hay Romberg, no hay Argyll-Robertson. Hiperreflectividad.

*Expresión.*—jovial, fonética, pastosa, difícil. Gráfica con amnesia literal, separación silábica casi constante.

*Pronunciación*

Admirable. . . . mente, Indudable. . . . mente. Sin gu-lar-isimo, De-mos-cra-ti-vo

En veces, cambia una letra por otra e invierte su colocación. Por ejemplo:—

Bagaje—Bagaqui. Inexplicable—*Inexplicable*.

Ecolalia buena, con dificultad para palabras como las arriba mencionadas.

Este caso es complejísimo. Al lado del terreno neuropático (influencia de las emociones sobre la palabra, hija *muda*, antes de la enfermedad variólica) no se puede negar la influencia decisiva de la viruela sobre los trastornos amnésicos y de la articulación. No debe llamar la atención la existencia concomitante de trastornos gráficos, pues si se admite la influencia del centro motriz de la palabra sobre la escritura, es muy fácil aceptar que la *balbuceo que, indudablemente, es de origen central* en este caso, determina el *balbuceo gráfico* si se nos permite la expresión.

*Observación N.º 6.*—Eleodoro Regollá, de diez años de edad, natural de Lima, solicitó los servicios del «Consultorio de Enfermedades Nerviosas» del Hospital «Dos de Mayo» el 26 de julio de 1917.

*Antecedentes familiares.*—El padre es alcohólico, padece del estómago (pituitas) ha abusado de los placeres sexuales. Niega toda enfermedad venérea. La madre murió tuberculosa. Son nueve hermanos; dos han muerto, uno de *perniciosa* de año y medio de edad; el otro, al año de nacido; dice el padre que «murió como un pollito» (¿perniciosa comatosa?). El quinto hijo, que tiene seis años, *balbucea* y no tiene *testículos en las bolsas* (¿criptorquidia o anorquidia?). Otro hermanito ha adquirido por imitación el mismo vicio de la palabra que sus dos hermanos mayores; como el anterior carece de testículos en las bolsas.

*Antecedentes personales.*—Durante la gestación, la madre sufrió un gran susto y una caída. Nació a término. Lactancia materna. Erupción dentaria en época normal.

Al año y medio de edad emitió sus primeros fonemas: *papá, mamá*.

A los cuatro años tuvo coqueluche. Paludismo en dos ocasiones, pero de corta duración. Solo tiene un testículo en las bolsas; el otro se toca en la región inguinal derecha (criptorquidia).

Sus demás aparatos en buenas condiciones.

*Expresión.*—Pronuncia con dificultad las consonantes dentales g y n que pertenecen al grupo de las linguales; y la f que pertenece al grupo de las labiales.

Además, pronuncia con dificultad los disílabos: *mamá, papá* &c. Los esfuerzos de pronunciación van acompañados de movimientos rápidos de los labios, hinchamiento de las mejillas y movimiento de oscilación de la cabeza.

Este caso corresponde al *tipo lingo-labial* por falta de control en los movimientos de la lengua. Efectivamente, algunas veces hemos podido observar la propulsión de la lengua fuera de las arcadas dentarias.

En este individuo hay varios factores etiológicos: el alcoholismo del padre, el traumatismo psíquico de la madre en gestación; y, acaso, el terreno neuropático.

## 6. Tartamudez.

«La tartamudez,—dice DEJERINE,—(1) es un vicio de pronunciación de las palabras, a tipo irregularmente intermitente, principalmente caracterizado por la repetición convulsiva de una misma sílaba y la detención convulsiva delante de tal o cual otra; detención que tiene generalmente lugar al comienzo de las frases; a estos dos síntomas se añaden movimientos convulsivos en los músculos de la cara y de los miembros, produciéndose en el momento de la dificultad del lenguaje».

Para MOUTARD-MARTIN, «la tartamudez es un estado coreico intermitente de los aparatos que presiden a la fonación articulada, el mismo acto respiratorio inclusive».

Para CHERVIN (2), que ha hecho un estudio profundo de la tartamudez, este vicio de la pronunciación sería causado por un trastorno de la coordinación entre los aparatos respiratorio, fonador y articulador, que deben concurrir juntos a la producción de la palabra. Este poder coordinador estaría situado para KUSSMAUL al nivel del bulbo, donde se hallan situados, como sabemos, los núcleos de los nervios que inervan los diversos mecanismos musculares que entran en juego en la articulación de la palabra.

Se ha discutido muchísimo sobre la patogenia de este interesante trastorno. ¿Se trata de «un simple episodio local» o de un trastorno mental general, de una debilidad general nerviosa, o como quieren algunos, de una especie de desarmonía mental?—CHERVIN

(1) DEJERINE.—*Semiologie des affections du système nerveux*.—París 1914.

(2) CHERVIN.—*Tartamudez y otros defectos de la pronunciación*. 1896.

(1) dice que en el estado actual de la ciencia es difícil dar una opinión exclusiva, y añade: «aún cuando me inclino a no considerar la tartamudez como un simple accidente de la fonación, y a no conservar este carácter puramente especial de esta función, creo, sin embargo, haber visto buen número de casos en que el trastorno nervioso era sumamente débil, si es que en realidad existía».

OIKANOMARIS (2), de Atenas, cree que la tartamudez es una *neurosis central* debida principalmente, a las emociones; cita en apoyo de su opinión un caso referido por SCHMIDT en que la tartamudez fué consecutiva a un traumatismo violento de la región frontal izquierda.

LIEBAULT (3), estudiando la patogenia de los trastornos de la palabra en los conmocionados de guerra, ha podido comprobar, en gran número de ellos, trastornos de orden motor, o para emplear el término consagrado por BENON, por *discinesia*. Efectivamente, en todos estos sujetos ha podido observar una acinesia o hipocinesia de los músculos respiratorios y glóticos. «Todo mudo, todo afónico, todo tartamudo que nosotros hemos estudiado, presentaba a un grado cualquiera, una mala gimnasia respiratoria» (4). Estos trastornos de la respiración dependían, generalmente, de un *trastorno de la motilidad del diafragma*. Además de este músculo, que juega, como sabemos, el principal papel en el mecanismo de la respiración, el funcionamiento de los músculos de la lengua y de los labios desempeña papel muy importante en la emisión de los sonidos. LIEBAULT ha observado en sus enfermos espasmos de la lengua y de los labios que dificultaban la pronunciación. Igualmente, en el caso observado por OIKANOMARIS, calificado de *laboneurosis espasmódica*, había «espasmos clónicos y tónicos de la lengua, del orbicular de los labios y de los otros músculos labiales y perilabiales que se contraían hasta el cutaneo del cuello».

De todo lo expuesto se deduce que la tartamudez es un trastorno de orden esencialmente motor, caracterizado por una falta de coordinación entre los movimientos respiratorio y de la fonación. Así lo demuestra la observación y los brillantes resultados obtenidos por los métodos dirigidos en el sentido de restablecer la coordinación entre los mecanismos tantas veces citados.

LIEBAULT, y, ultimamente, BRIAND y J. PHILIPPE (5) han tratado casos de tartamudez por reeducación de los movimientos res-

(1) CHERVIN, *Loc. cit.* Pág. 25 y 26.

(2) OIKANOMARIS, «Archives Generales de Médecine», 1906, Pág. 940.

(3) LIEBAULT, *Les Troubles de la parole et les Commotions de Guerre* «Revue Générale De Pathologie de Guerre», 1916. Pág. 245.

(4) LIEBAULT, *Loc. cit.* Pág. 252.

(5) BRIAND et PHILIPPE, «Progres Medical», 1917 (Presse Medicale, 3 Janvier, 1918).

piratorios. BRIAND y PHILIPPE recomiendan la reeducación de la respiración diafragmática, la acción sugestiva del médico que estimula al enfermo a luchar contra el desarreglo de su articulación y, por último, prohibición absoluta de hablar, para ejecutar, en cambio, movimientos respiratorios.

No entraremos en consideraciones etiológicas más o menos extensas: nos contentaremos con mencionar el papel importantísimo de la emoción, sobre el cual han insistido todos los autores. Nosotros hemos tenido, también, oportunidad de constatarlo.

Hay diversos tipos de tartamudez, excluyendo el gran número de trastornos de la articulación, englobados en esta denominación, y que CHERVIN ha separado con el nombre de *trastornos pseudo-liformes* (1). Hay tres variedades de tartamudez que se distinguen por el tiempo del ritmo respiratorio en el cual habla el enfermo, circunstancia que le da a la afección caracteres particulares que permiten la división en tres formas clínicas.

La primera forma o variedad está caracterizada por el hecho que el enfermo emite las primeras sílabas durante la inspiración forzada; estas sílabas son repetidas durante inspiraciones sucesivas hasta que la presión interior pulmonar no puede ser sostenida por el paciente; entonces, no pudiendo el sujeto sostener esta presión cesa la contracción de los músculos, y el resto de la frase se escapa como un suspiro. Esta forma clínica es la más común y ha sido calificada por CHERVIN con el nombre de *tartamudez inspirada*.

La segunda variedad consiste en que el sujeto lanza durante la expiración el aire contenido en el pulmón, y al fin de esta fase logra poner en vibración las cuerdas vocales; ahora bien, como la mayor parte del aire inspirado se ha perdido, el individuo tiene que hacer grandes esfuerzos para pronunciar siquiera una sílaba; más no pudiendo lanzar toda la palabra, hace una serie de inspiraciones que le serán inútiles, ya que se repetirá la expulsión involuntaria del aire durante el primer tiempo de la expiración. Normalmente se comienza a hablar cuando empieza la expiración.

En otros casos la corriente de aire es lanzada por las fosas nasales, impidiendo la pronunciación de ciertas consonantes. Normalmente, la corriente de aire se divide en dos partes: una que se escapa por la boca y otra por las fosas nasales; pero muchas consonantes, llamadas «explosivas» requieren para su emisión la utilización del volumen íntegro del aire expirado. De aquí los esfuerzos del tartamudo y su tenacidad para pronunciar la consonante, y, por consiguiente la sílaba deseada. Esta variedad constituye la forma *expiratoria* de CHERVIN.

(1) CHERVIN, Loc. cit. Pág. 24.

La tercera variedad es la *tartamudez mixta*; es decir, aquella que se realiza durante los dos tiempos respiratorios, sin que exista entre los dos tiempos el reposo fisiológico.

Las tres variedades, o si se quiere las tres formas clínicas de la tartamudez, independizadas por CHERVIN, están caracterizadas clínicamente por cuatro signos: 1.º—su comienzo en la infancia; 2.º—trastornos respiratorios mas o menos marcados; 3.º—intermitencia; y 4.º—desaparición durante el canto.

La mayoría de los autores colocan dentro del cuadro de la tartamudez, la *tartamudez histérica* y la *epiléptica*. CHERVIN ha puesto en relieve la diferencia entre la forma ordinaria de este trastorno de la pronunciación y la tartamudez de naturaleza histérica. GUILLAIN (1), en trabajo muy documentado al respecto, insiste sobre estos caracteres diferenciales. En la forma ordinaria, el trastorno es intermitente, se acompaña de trastornos respiratorios mas o menos marcados y se inicia, por último, desde la infancia. En la tartamudez histérica no existen modificaciones del ritmo respiratorio: los trastornos de la plalabra son polimorfos: ya «el enfermo repite dos o tres veces la primera sílaba de ciertas palabras, ya los sonidos son absolutamente incomprensibles, ya una sílaba o una palabra son olvidadas en una frase pronunciada poco mas o menos correctamente» (2).

A los trastornos de la palabra mencionados se añaden, a veces, como en el caso relatado por GUILLAIN, «trastornos intermitentes en la construcción de las frases, palabras olvidadas, por ejemplo, y esto sucede tanto en la palabra espontánea o repetida, lo mismo que en la escritura».

En resumen, el *polimorfismo* de los trastornos de la palabra y sus formas *caprichosas* al lado de estigmas apreciables, constituyen los elementos o síntomas con los cuales se constituye el diagnóstico de tartamudez histérica.

Las observaciones de tartamudez histérica no son frecuentes en la literatura médica. TROUSSEAU (3) cita el caso de una niña que, con motivo de la supresión brusca de las reglas, consecutiva a una emoción, tuvo una agitación convulsiva con compromiso de la motilidad de la lengua; la niña no podía articular las palabras: «tenía una tartamudez singular que consistía en repetir con volubilidad extraordinaria y durante un tiempo bastante largo, sin detenerse, las últimas sílabas de las palabras que ella trataba de pronunciar;

---

(1) GUILLAIN, *Le Begatement Histérique*, «Revue de Médecine» 1906, Pág. 897.

(2) GUILLAIN, *Loc cit*, Pág. 898.

(3) TROUSSEAU, *Loc cit*, T. II pág. 272.



las primeras sílabas eran emitidas con esfuerzo. Hecho singular, cuando ella cantaba esta tartamudez no se producía y, entonces, nada podía hacer sospechar una modificación de la palabra».

Generalmente, la tartamudez precede o sigue al mutismo, como hemos podido observar en un caso de mutismo histérico. Esta tartamudez tiene, como el mutismo y las demás manifestaciones histéricas, *como causa principal la emoción*. La patogenia no ha sido aun dilucidada. Todas las teorías pueden reducirse a dos: teoría central y teoría periférica. Para algunos, como CHARCOT, la tartamudez sería una modalidad de la afasia histérica; para otros, como BALLEZ, sería el resultado de trastornos de la motilidad de los órganos de la fonación. Nosotros nos aventuramos a creer que la causa eficiente es de naturaleza psíquica, como la enfermedad misma, de la cual la tartamudez es un fenómeno, simplemente, sindrómico.

La tartamudez se ha observado en la epilepsia. FERE (1) ha hecho de este fenómeno un estudio particular en los epilépticos. Según este autor, puede presentarse la tartamudez antes de la crisis convulsiva, constituyendo un verdadero «aura», durante el término del ataque o después de él. FERE insiste muchísimo sobre el valor de la tartamudez como *equivalente epiléptico*. TROUSSEAU (2) ha observado en la eclampsia parcial infantil «una especie de tartamudez, de ordinario pasajera, pero que persiste algunas veces» debida a las convulsiones de los músculos de la lengua, que imposibilita la articulación de las palabras.

Nosotros no hemos observado ningún caso.

He aquí nuestras observaciones:

*Observación N.º 1.*—Amador Cuya, de quince años de edad, natural de Celendín, estudiante, solicitó los servicios del Dr. Hermilio Valdizán el 7 de agosto de 1915.

*Antecedentes familiares*—Los ignora.

*Antecedentes hereditarios.*—Hijo de un amor ilícito y violento (!), la madre, que era rabona, lo abandonó en el camino. Es el único acontecimiento que conoce respecto a su historia.

En una carta que le dirigió al Dr. Valdizán, relata los siguientes hechos relacionados con la historia de su dolencia actual. Dice que hace cinco años (?), cuando estaba en el colegio y lo llamaban en lista, no podía responder *presente*; decía *ppre*, *ppre*, *ppre* y terminaba por decir «aquí estoy». En otras ocasiones, conociendo la dificultad para pronunciar la palabra «Presente» se resolvía por la frase «aquí estoy» pero al pretender pronunciarla, decía: «ac. acq. y terminaba por decir *presente*. Al año siguiente pudo al fin pronunciar la palabra «presente».

Confiesa, en su carta que no puede leer *en presencia de un compañero u otra persona*, pues necesita hacer un esfuerzo considerable. En algunas ocasiones podía dar lecciones en alta voz, sobre todo cuando se olvidaba de su defecto.

En su casa lee bien el periódico o el libro aunque sea en presencia de otra persona; pero si en el momento de la lectura alguna persona le dice que lea tal o cual ar-

(1) CH. FERE. *Le bégaiement épileptique* «Revue de Médecine», 1905, Pág. 15.

(2) TROUSSEAU.—*Clinique Médicale del Hotel Dieu de Paris* 1865, t. II pág. 125.

artículo para escucharle, le es imposible satisfacerlo, pues cae en la tartamudez. Esta dificultad se hace mayor cuando el artículo, cuya lectura le solicitan, trata de *robo* o de *suicidio*.

Cuando juega habla bien, ya sea en voz alta o baja.

Cuando alguna persona llega a su casa no puede saludarla; pero si alguien hace ruido puede saludarla en este momento. Dice que le parece que el *ruido le ayudase a hablar*.

En los establecimientos comerciales, cuando solicita un artículo se expresa bien; pero si no es escuchado y le preguntan qué es lo que desea, entonces comienza a tartamudear.

Para poder hablar, ha recurrido a un medio muy curioso, anteponer a las palabras alguna de las letras *i, e o a*.

Nuestro enfermo llama la atención del médico sobre los trastornos viscerales que sufre cuando va a cumplir alguna comisión «En el camino,—dice—, voy pensando en lo que voy a decir; mi estómago se comprime y me parece, a ratos, que no voy a poder hablar bien porque la compresión del estómago y la *falta de respiración* me lo van a impedir». (Fragmento de la carta al Dr. Valdizán).

Cuando canta pronuncia correctamente las palabras.

En la noche, según ha referido su familia, habla bien sin repetir sílabas.

El Dr. Valdizán nos ha comunicado que durante la *hipnosis* habla normalmente y que mediante aplicaciones estáticas y gimnasia vocal, ha experimentado *pequeña mejoría*.

El caso que nos ocupa es la observación más típica de tartamudez que podemos ofrecer.

Se trata de un individuo que a la temprana edad de dos años experimentó un intenso *traumatismo psíquico*, cuya influencia en la determinación de la tartamudez ha sido señalada por todos los autores.

Ignoramos lo que se refiere a sus antecedentes familiares, pero es natural suponer que hijo de un acto *violento*, la madre debió experimentar un *traumatismo moral* cuya repercusión sobre la constitución nerviosa del niño es indudablemente segura.

Cuya, como todos los individuos que padecen este mal, es poderosamente influenciado por las emociones; y, como los verdaderos tartamudos, acusa dos signos muy importantes:— «la falta de respiración», resultado de un trastorno evidente del ritmo respiratorio y la desaparición de todo trastorno durante el canto. A este respecto, este signo es de tanta importancia que CHERVIN (1) dice: la desaparición total de la tartamudez en el canto «es un síntoma mucho mas importante que los anteriores, desde el punto de vista del diagnóstico, pues tan solo en la tartamudez propiamente dicha se produce».

Además, en este caso, tenemos pruebas terapéuticas, pues tanto las aplicaciones estáticas como la gimnasia vocal tienen por objeto la reeducación de los movimientos de los aparatos respiratorio y fonador, cuya incoordinación produce casi siempre la tartamudez.

*Observación N.º 2.*—Francisco Sulca, de 31 años de edad, natural de Ayacucho, de profesión *sastre*.

(1) CHERVIN, Loc. cit. Págs. 55 y 56.

*Antecedentes familiares.*—El padre del sujeto ha fallecido víctima de una neumonía: fué sujeto nervioso, muy propenso a crisis de cólera durante las cuales, al decir de Francisco «se le torcía la boca y también las manos», sin pérdida del conocimiento.

La madre ha fallecido a consecuencia de una afección entérica: fué una mujer sana.

*Antecedentes personales.*—Refiere Sulca que siendo muy pequeño, una mujer lujuriosa ha abusado de su inocencia y le ha iniciado brutalmente en el culto de Venus. Refiere así mismo, que cuando aún gateaba cayó en una cequia escasa de profundidad y experimentó un intenso miedo. Más tarde, estuvo en peligro de ser atropellado por unos caballos y escapó con el susto consiguiente.

Sulca, que atribuye a estos traumatismos psíquicos su actual trastorno de palabra, refiere que fué en la Escuela donde se dió cuenta de esta enfermedad; hablando con sus compañeros, familiarmente se expresaba con facilidad, pero al intentar una lección de memoria, comenzaba su dificultad de articulación que se hacía mayor a medida que él se empeñaba en vencerla.

Bebedor moderado, erótico en cierta demasia, declara haber practicado durante muchos años uno o dos coitos diariamente.

*Examen del sujeto.*—Nada de particular desde el punto de vista morfológico, nada de particular tampoco al examen de sus funciones de la vida vegetativa.

El aspecto es tímido.

La expresión mímica es pòbre, la gráfica rudimentaria. La expresión es difícil, tanto más difícil cuanto mayor es la timidez que inspire al sujeto la persona con la cual hable.

La siguiente respuesta a una pregunta de interrogatorio ilustrará respecto a los trastornos de la palabra de Sulca:

Mí-mi-mi-o-o-ofi-fi-fi-cio es la-la-la- sas-sas-sas-tre-tre-tre-ría. Tam-tam-tam-bien-bien, también soy soy comer-comer-cian-cian-te.

La dificultad de articulación es mucho mayor para aquellas palabras que comienzan en *c* suave: «cedazo, cigarro. Lo es así mismo por aquellas palabras que comienzan por *i*: «iglesia», «indigno», &c.

El sujeto canta sin experimentar la menor dificultad, aún entrando en juego el factor timidez.

La historia clínica de Sulca es sumamente interesante desde el punto de vista etiológico y sintomatológico. En efecto, en este enfermo hay varios factores que considerar: la herencia neuropática del padre, los traumatismos psíquicos y el abuso sexual. En este caso, como en el anterior, la influencia preponderante del factor emotivo evolucionando en un temperamento psicopático es evidente.

Además, Sulca adolece de un vicio de pronunciación, independiente de la tartamudez la pronunciación de la *c* es defectuosa, es decir, padece de tartajeo.

*Observación N.º 3.*—Rómulo Pizarro, de 24 años, natural de Tacna, inspector de crucero, solicitó los servicios del «Consultorio de Enfermedades Nerviosas» del Hospital «Dos de Mayo» el 13 de Julio de 1917.

*Antecedentes familiares.*—El padre murió anciano de «costado y pulmonía». La madre ha sufrido de cólicos hepáticos. Han sido trece hermanos de los cuales viven 6 que son sanos; el menor es muy nervioso: «cuando le dá cólera le dan como ataques».

*Antecedentes personales.*—A la edad de seis años, estando en Pisagua, en compañía de su padre, éste fué asaltado de noche en una calle solitaria. Nuestro sujeto sufrió un gran susto, que lo privó de la palabra algunos días. Después de ese accidente, recuperó la palabra lentamente pero tartamudeaba. La pronunciación era difícil, «repetía varias veces la primera sílaba de las palabras», deteniéndose principalmente, delante de algunas letras. Al mismo tiempo sentía palpitations, congestión de la cara con sensación de calor. El esfuerzo que requería la pronunciación era tan grande que «se le salían los ojos».

En la actualidad, la palabra *va* acompañada de esfuerzo. La primera sílaba de cada palabra la repite dos o tres veces y el resto del vocablo se escapa en forma explosiva.

La dificultad de la palabra aumenta con las emociones.

La lectura, como la palabra espontánea, es defectuosa.

La escritura es buena.

Como dato importantísimo señalamos la presencia de un espasmo esofágico (¿histeria?).

Los aparatos de la vida vegetativa y de relación se encuentran en perfectas condiciones.

Como en los casos anteriores, se trata de un tartamudo de temperamento neuropático, en el cual la emoción ha jugado papel determinante.

Hay casos en los cuales la tartamudez alterna con la balbucie como en la observación siguiente:

*Observación N.º 4.*—Justino Alosilla, de 30 años de edad, natural del Cuzco, solicitó los servicios del «Consultorio de Enfermedades Nerviosas» del Hospital «Dos de Mayo» el 23 de noviembre de 1916.

*Antecedentes familiares.*—El padre es alcohólico. La madre es sana, son diez hermanos que son también sanos.

Tiene 3 hijos sanos. Su esposa ha tenido un aborto hace dos años.

*Antecedentes personales.*—Hasta la edad de 21 años ha sido sano, edad en la cual le atacó la viruela. Después de la viruela ha tenido grandes hemorragias y dificultad de la palabra.

*Vida vegetativa.*—Normal.

*Vida de relación.*—Hiperreflectividad.

*Expresión.*—Ecolalia buena, lectura buena. Palabra espontánea: balbucie y tartamudez. Ejemplo:

Que-me-dio-dio esa enfermedad-dad al cabo de un año-año.

En el presente ejemplo observamos la separación silábica de la balbucie, y la repetición silabábica de las palabras, que en este caso tiene lugar al final del vocablo, lo que no es frecuente.

En esta observación la viruela ha jugado, por lo menos, papel predisponente del trastorno de la palabra.

## 7. Tartajeo

Con la denominación genérica de *tartajeo*, CHERVIN (1) designa multitud de defectos de pronunciación caracterizados por la sustitución, deformación o supresión de una o varias consonantes.

El tartajeo se debe ya sea a un defecto orgánico o funcional de la lengua, ya a una falta de educación del órgano cuyo correcto funcionamiento es indispensable para una buena pronunciación. A este respecto, CHERVIN dice: «justo es decir que esos cambios o sustitución de consonantes, que en nuestros días constituyen verdaderos defectos de pronunciación, no siempre implican una dificultad

(1) CHERVIN, Loc. cit. Pág. 116.

positiva de articulación. Las mas de las veces, se trata de una simple negligencia de pronunciación; «una especie de resabio de otra pronunciación antigua, que ha quedado en la lengua vulgar» (1). En efecto, ¿quién puedenegar la pernicioso influencia de la mala educación sobre la evolución del lenguaje del niño?. Nosotros tenemos conocimiento de un caso, cuya interesante historia clínica nos ha suministrado el Dr. HERMILIO VALDIZAN. Se trata de una niña de 3 años de edad que a causa de una educación errónea tiene un vocabulario paupérrimo de *doce vocablos con los cuales expresa 32 ideas*, sin que existan causas orgánicas o funcionales capaces de explicar esta pobreza de lenguaje. De la misma manera, en el mayor número de casos de tartajeo la educación constituye un factor importantísimo. CHERVIN refiere que hubo una época en Francia en que era de buen tono el *cecear*; y recuerda que las bellas matronas de la decadencia romana «habían adoptado la moda de reemplazar en su pronunciación la *g* o la *s* por la *z*; y este defecto lo enseñaban hasta a sus loros». El mismo autor refiere que Alcibiades «sustituía la *r* con la *l*, y los atenienses hallaban esta pronunciación encantadora en boca de su hijo mimado». Esto demuestra la influencia tan poderosa de la educación en la evolución del lenguaje hablado.

En otros casos, el tartajeo se debe a una anomalía en la forma de la boca o en el uso de la lengua y los labios, es decir a una posición viciosa de estos órganos. Esto se observa, principalmente, en los niños en los primeros estadios de su aprendizaje lingüístico, tal como le ocurre al adulto al estudiar una lengua extranjera. El ejercicio asiduo y bien dirigido logra vencer las dificultades de la pronunciación de ciertas consonantes y de este modo se logra éxito satisfactorio.

El tartajeo recibe diversas denominaciones según la consonante sustituida, deformada o suprimida. Así PREYER y COLMAN aceptan las siguientes modalidades de este trastorno.

*Gammacismo*: dificultad para pronunciar la *g* y omisión de esta letra.

*Sigmmacismo*: dificultad de pronunciación de la *s* y la *ch*.

*Rotacismo*: (la mas frecuente) dificultad para pronunciar la *r*.

*Lambdacismo*: dificultad de pronunciación de la *l*.

*Mogilalia*. Simplificación de las palabras por supreción de letras o sílabas.

La sustitución de una letra por otra, debido a un control insuficiente sobre la lengua u otra parte del aparato de la fonación ha sido denominada *parartria literal* ó *paralalia*. En la paralalia

(1) CHERVIN, Loc. cit. Pág. 116.

el sujeto conoce bien el sonido que debe emitirse; es decir, tiene la intención de emitirlo, pero al poner en juego sus órganos vocales reemplaza un sonido por otro. Así se constituyen los siguientes vicios:

*Paragrammacismo*: sustitución de los sonidos *h*, *x* y *g* por otros tales como *n*, *t*, *d*.

*Parasigmatismo*: sustitución de la *s* por otra letra como la *f* o la *z*.

*Pararotacismo*: sustitución de la *r* por la *v* la *l* u otra letra.

*Paralamobdacismo*: sustitución de la *l* con la *x*, *t*, *r*, *s* u otra letra. etc. etc.

HALE WHITE y GETDING BIRD (1) han descrito una forma gravísima de este trastorno caracterizado por la sustitución de una o varias letras por otras, dándole la apariencia de una lengua nueva, trastorno que han denominado *idioglosia*. W. S. COLMAN ha observado cerca de 15 casos de esta enfermedad.

Se presenta generalmente en el sexo masculino.

Se trata, dice COLMAN, de individuos de aspecto vivo e hiper-mímicos, que reemplazan por medio de gestos su vicio de pronunciación. Entre los antecedentes de estos enfermos se encuentra siempre estigmas neuropáticos. El centro auditivo de la palabra es normal en estos enfermos.

BASTIAN cree que la idioglosia se debe a una educación imperfecta del centro motriz de la palabra. COLMAN estudiando la pronunciación de estos sujetos ha demostrado cuales son los sonidos que faltan y cuales son los sustituidos: las consonantes lingo-palatinas posteriores como la *g* y la *h* son las suprimidas en primer lugar, luego la *f* la *v* y la *r*, las labiales y las lingo-dentales están siempre ilesas. Las vocales no sufren alteración.

Nosotros hemos tenido ocasión de ver en el Hospital «Santa Ana», un caso de paralalia, cuya historia clínica hemos trazado al tratar del mutismo, pero, en ese caso, no se trataba de un defecto educativo sino de un trastorno de la motilidad de su aparato fono-articulador a consecuencia de frecuentes crisis convulsivas.

Al lado del tartajeo debe colocarse otros trastornos de la palabra debidos a *deficiencias en la construcción gramatical de las frases*; tales son: la *acatofacia*, imposibilidad de construir frases; el *agramaticismo*, incapacidad para emplear las declinaciones, tiempos de los verbos y términos auxiliares del idioma; la *palinfrasia*, repetición frecuente de una misma palabra. Además, indicaremos: la *bradilalia*, la *ecolalia* y la *logorrea* defectos frecuentes en los alienados.

---

(1) COLMAN, en ALLBUTT, Lc. cit. Pág. 277.

8. *Aftongia*

La aftongia es una enfermedad rarísima, de la cual no existen sino pocos ejemplos. Ha sido descrita por primera vez por FLEURY que le dió el nombre que lleva. Según este autor, su caracter, casi patognómico, es «la existencia de un calambre en el territorio de distribución del nervio hipogloso, que se exacerba en las tentativas para hablar, dificultando el lenguaje articulado». El espasmo se limita, en los pocos casos observados, a los músculos de la lengua. En el caso de BALL, la lengua formaba al hablar el sujeto un arco que se aplicaba al velo del paladar.

Su patogenia no ha sido bien determinada. Es probable que se trate de una *perversión del centro bulbar del hipogloso*.

9. *Trastornos de la palabra por atraso mental.*

Esta categoría de trastornos no encuentra lugar dentro de los trastornos propiamente dichos del lenguaje. Sin embargo hemos creído necesario no omitir algunas consideraciones al respecto.

En el curso de este trabajo hemos tratado de demostrar la importancia que tiene para el médico el estudio de la evolución filogenética y entogenética del lenguaje, por que su conocimiento, además que ensancha la cultura general, permite determinar la *fase regresiva* de la evolución del lenguaje en que se ha detenido el individuo. Este estudio es tanto más interesante cuanto más se penetra en el campo mental de estos trastornos.

Nosotros vamos, únicamente, a exponer las dos historias clínicas siguientes:

*Observación N.º 1.*—Luisa Rodríguez, de ocho años de edad, natural de Lima, solicitó los servicios del «Consultorio de Enfermedades Nerviosas» del Hospital «Dos de Mayo» el 27 de marzo de 1916.

*Antecedentes familiares.*—Durante la gestación la madre sufrió un traumatismo psíquico. Nació asfíxica. Desde los 2 años sufre convulsiones.

*Expresión.*—Únicos fonemas: *ma-ma; a-gua; pa-pá.*

*Antecedentes familiares.*—El padre vive y es sano. La madre es nerviosa.

El presente caso es un ejemplo de atraso mental de la palabra consecutivo a una detención del desarrollo cerebral causada por la influencia del traumatismo psíquico de la madre sobre el feto. Además, el estado convulsionario ha determinado seguramente un estado demencial.

*Observación N.º 2.*—Alejandro Hurtado de 14 años de edad, natural de Jauja, solicitó los servicios del «Consultorio de Enfermedades Nerviosas» del Hospital «Dos de Mayo» el 8 de junio de 1917.

*Antecedentes familiares.*—El padre fué alcohólico, murió paralítico. La madre «murió de parto». Han sido 3 hermanos, uno murió de sarampión a los 7 meses, el otro de paludismo.

*Antecedentes personales.*—Ningún dato hay respecto a su gestación.

En la segunda infancia padeció de trastornos gastro-intestinales.

Sus primeros fonemas datan de la edad de un año: *ñaña, mamá, papá*.

Comenzó a caminar a los dos años.

Hace 5 años se iniciaron «ataques» con pérdida de conocimiento, convulsiones y, por último, estertor. Estos ataques fueron muy frecuentes al principio; en la actualidad le dan cada 15 días poco más o menos.

*Expresión actual:* *mamá, papá, ñaña, baba, pan*, Hipermímico, gesticula exageradamente.

*Notas psicológicas.*—Es irritable, emite gritos inarticulados. Su mentalidad es idiótica.

Este caso de idiocía representa el primer estadio de la evolución ontogénica del lenguaje.

## 2º.—TRASTORNOS DEL LENGUAJE MIMICO

Los trastornos del lenguaje mímico están ligados a las manifestaciones patológicas del lenguaje verbal. TROUSSEAU (1) ha sido el primero en poner en relieve estos trastornos en los afásicos. Es debido a su penetrante y sutilísima habilidad clínica que pudo establecer la diferencia entre la mímica emotiva y la intelectual (ver aparato de la mímica). Trabajos posteriores de BECHWTEREW y otros experimentadores han establecido esta distinción fundamental que, como dice GRASSET, se debe probablemente a que los aparatos que presiden su funcionamiento son anatómicamente distintos, aunque ambas manifestaciones mímicas son expresadas por medio del mismo aparato periférico.

Los trastornos en referencia han sido estudiados por los autores alemanes entre los cuales PREYER le ha dedicado particular atención. Según este autor, la *dismimias* comprenden las siguientes modalidades clínicas:

1º.—*Asemia perceptiva*: caracterizada por la falta de comprensión de la mímica; 2º.—*Amimia amnésica*: caracterizada por la ejecución automática de los gestos, pero en la cual es imposible ejecutarlos a la orden; 3º.—*Dismimia atáxica* y *amimia* caracterizada por incoordinación para ejecutar los gestos destinados a la expresión del pensamiento; 4º.—*Paramimia*: consiste en la falta de comprensión de la mímica y en el empleo de una mímica por otra (falsificación de la mímica); 5º.—*Mímica afectiva de los afásicos*: en algunos casos de afasia la risa y el llanto escapan a la acción frenadora de la voluntad. A estas modalidades señaladas por PREYER, hay

(1) TROUSSEAU, *Clinique Medicale de L'Hotel Dieu de Paris*, t. II 1865, págs. 620.



que añadir la *ecomimia*, que consiste en la repetición de los gestos ejecutados en presencia del enfermo.

La patogenia de estos trastornos no ha sido hasta la fecha precisada.

Con motivo de los trastornos mímicos y de sus relaciones con el lenguaje verbal, citaremos una interesante historia clínica que nos ha proporcionado nuestro maestro y amigo el Dr. HERMILIO VALDIZAN. Esta historia clínica, que conceptuamos rarísima en su género, escapa a toda interpretación patogénica, sin embargo nos aventuramos a exponer nuestra modesta opinión.

«*Historia clínica.*—Eufemio Herbozo, de 26 años de edad, natural de Gorgor, en la provincia de Cajatambo, de raza india, de constitución mediocre.

«*Antecedentes familiares.*—Tanto el sujeto como los miembros de familia que le han acompañado en sus visitas al «Consultorio de Enfermedades Nerviosas» del Hospital «Dos de Mayo», niegan todo factor etiológico de índole familiar y apenas si dejan en pie el utilismo moderado del padre y una nerviosidad ligera de la madre. Hermanos sanos, ninguno de ellos víctimas de trastornos nerviosos o psíquicos dignos de mencionarse».

«*Antecedentes personales.*—Sujeto nacido a término y en buenas condiciones; solo ha sufrido los achaques propios de la infancia, con exclusión de la viruela que le atacó después y que ha sido poco piadosa con él, si se juzga la profusión de las cicatrices y la relativamente considerable dimensión de ellas».

«La dentición, la deambulación y la palabra se desarrollaron normalmente y en época oportuna. Durante la infancia y en la pubertad ha estado sujeto a traumatismos psíquicos de cierta intensidad, sin que la familia señale uno de dichos traumatismos como la causa determinante de los trastornos que el enfermo ofrece en la actualidad, y que datan de unos pocos años, desde su iniciación moderada».

«*Examen del enfermo.*—a)—*Notas morfológicas.* nada digno de mención. b) *Vida vegetativa:* órganos y funciones en buena condición c)—*Aspecto:* tímido, que se acentúa considerablemente cuando se le obliga a expresarse en presencia de personas a las cuales ve por primera vez. d)—*Expresión:* hipomimia. *Expresión gráfica:* ligeramente amanerada, la letra s minúscula es terminada en un rasgo amplio, con pretensiones de finura caligráfica; el rasgo inferior de la letra z es tan amplio en su curvatura que llega a brazar la línea inferior de la escritura. Por lo demás, se trata de una caligrafía que corresponde a persona que ha ejercitado bastante su expresión gráfica.

«*La expresión fonética* ofrece particularidades más interesantes que la expresión mímica y que la gráfica. Interrogado el sujeto, realiza una serie de movimientos cuya amplitud aumenta en el curso del interrogatorio. Los movimientos se inician en los pequeños músculos de la cara; movimientos de los labios, movimiento de los ojos, &c. que se propagan a los músculos del cuello y que llegan a tomar algunas de las masas musculares de las escápulas. Estos movimientos son seguidos de inflexiones laterales o longitudinales de la cabeza, sin que haya sido posible establecer relación entre los fonemas del sujeto y estos movimientos, y sin que haya sido posible, así mismo, observar predominio de alguno de estos movimientos. Durante estos movimientos el sujeto cierra los puños y a veces su cuerpo sigue levemente los movimientos de la cabeza hacia atrás. Es de creer que durante el tiempo que ejecuta estos movimientos permanece en inspiración forzada, pues apenas ha pronunciado la palabra de respuesta la articulación de ésta es seguida de una expiración amplia. Muchas veces el movimiento es tan intenso que la frente del sujeto se baña en sudor. La duración de estos movimientos es variable, pero siempre es breve: la duración, que hemos podido observar, varía de 4" hasta 4"6. *La duración e intensidad de estos movimientos guarda relación con la magnitud del trabajo mental,* como puede verse en las siguientes preguntas de largo interrogatorio a que le hemos sometido: ¿Cómo se llama Ud?—(movimiento de duración de 4") Eufemio Herbozo.

—«¿cómo se llama el hijo de Lucas Paredes? (nombre inventado) (movimiento de duración de 27", consecutivo a una hipermimia concentrativa de sujeto que busca en su memoria).—No conozco a don Lucas, señor.

*La fatiga aumenta el número e intensidad de los movimientos.*—En las diversas pruebas de valoración de trabajo mental a que le hemos sometido, hemos podido constatar que la respuesta a las más sencillas interrogaciones producía movimientos de mayor intensidad que los producidos antes de iniciadas las pruebas de trabajo mental.

•La acción inhibitoria personal es de una eficacia dudosa respecto a estos movimientos; ella es capaz de frenarlos hasta un cierto momento en la cual dicha acción es nula y se produce los movimientos a despecho del sujeto. En otros casos, esta acción lejos de ser provechosa es nociva: el sujeto desea *hablar bien*, hace un esfuerzo de voluntad en este sentido y el esfuerzo es contraproducente, pues los movimientos se realizan con mayor intensidad.

•*La ecolalia es libre de toda clase de movimientos*: ella puede prolongarse por un tiempo considerable, puede ser buscada en diferentes idiomas sin producirse. Le he repetido al sujeto, y él me ha repetido frase por frase, un largo artículo de un periódico en castellano y unas páginas del texto italiano de De Sanctis, «Mímica del Pensiero». En ambos casos, la dicción ha estado libre de movimientos. Pero basta que el sujeto sea obligado a leer en alta voz para que los movimientos se produzcan si bien con menos frecuencia que cuando habla sin leer. Si el sujeto lee en voz sónica el fenómeno se produce también. Y no se produce si el sujeto lee para sí. La percepción auditiva está libre de movimientos; el sujeto a quien le he leído un artículo de periódico ha escrito después sin movimiento alguno el resumen del artículo en cuestión.

•e)—*Motilidad y sensibilidad.*—Estado tónico de los músculos y tonicidad muscular normales. Normal la óculo-motilidad y normales los movimientos de los músculos de la cara y del cuello. Se llevan a cabo en buenas condiciones los movimientos pasivos y los activos de las extremidades superiores. Fuerza muscular (dinamómetro Collin, técnica de De Sanctis) de comprensión: D = 28", I = 25". Normales los reflejos iridianos; ligeramente exagerados a ambos lados los reflejos tendinosos superiores; reflejos rotulianos normales, no hay clonus de la rótula. Reflejos aquilianos normales, no hay clonus del pié. Reflejos plantares normales, e igualmente los reflejos abdominales.

•Normal la sensibilidad a las estimulaciones habituales. Normal el ejercicio de las actividades sensoriales.

•f)—*Vida psíquica.* La atención del sujeto es buena, se constituye con facilidad y se conserva durante períodos de tiempo largos, sin ofrecer signos de fácil distraibilidad. Sensopercepción normal.

Asociación de ideas: rápida, preferentemente visiva, preferentemente a tipo de contigüidad.

Imaginación poco viva. Capacidad onírica buena: sueña con frecuencia y en sus sueños casi siempre de naturaleza muerta, sin intervención de personajes, ve ríos cuyo espectáculo le es familiar. No concede a sus sueños significación alguna, no es supersticioso.

La capacidad de concebir es buena, la de calcular es mediocre.

La crítica del sujeto se ejerce normalmente.

Emotivo, con sentimientos familiares bastantes vivos, altruismo teórico bastante bueno.

La memoria del sujeto se conserva en buenas condiciones: fija bien, evoca bien.

Nada anormal respecto al examen de la voluntad del sujeto, durante el tiempo de su permanencia en el hospital. Su conducta ha sido correcta.

—¿Cuál es la causa de estos movimientos y de su dependencia recíproca con el lenguaje voluntario o provocado, en una palabra conciente?—¿Porqué estos movimientos no se realizan en el lenguaje automático, en la ecolalia por ejemplo?— Sin tener, desde luego, la pretensión de explicar este caso, de suyo muy complejo, nosotros creemos que se trata de una alteración funcional de las vías que parten del centro psíquico superior (centro O del esquema de GRASSET) a los centros kinéticos del lenguaje verbal y mímico. Así se explicaría porqué el fenómeno se realiza solo cuando interviene la conciencia, es decir el centro psíquico superior y no cuando inter-

vienen los centros poligonales del lenguaje o cuando la intervención del centro (O) no exige un desgaste considerable de energía nerviosa. El trastorno es indudablemente funcional: el fenómeno se realiza cuando el *funcionamiento de la vía o de las vías internucleares* exige una reducción del potencial energético del sistema nervioso.

En la mayor parte de nuestras observaciones, principalmente las que se refieren a los trastornos de las vías eferentes del lenguaje, hemos podido apreciar una cierta *reacción mímica de suplencia*, que permite prever las relaciones anatómicas posibles entre los centros verbales y los de la mímica y fisiológicamente la inervación asociada de los mismos.

### 3.º—TRASTORNOS DEL LENGUAJE MUSICAL

El estudio de los trastornos del lenguaje musical es uno de los más interesantes de la patología del lenguaje. CHARCOT había constatado ya la independencia de estos trastornos de los de la afasia verbal. Las observaciones recientes de KNOBLAUC y WALLASCHEK, de DUPRE y NATHAN (1) y de JOSE INGENIEROS han venido a independizar, definitivamente, las *amusias* o afasias musicales de la afasia propiamente dicha.

Para poder apreciar la extensión y la profundidad de los trastornos musicales, es indispensable, como lo recomienda DAUSSAT, establecer, ante todo, el estado psico-musical del paciente, anterior a la enfermedad. Para obtener estos datos es necesario informarse, cerca de la familia del enfermo, sobre la cultura musical del paciente, eliminando las alteraciones del oído o de la vista.

Las amusias pueden presentarse independientes de todo fenómeno afásico, o, al contrario, asociadas a una afasia motriz o sensorial. Estas observaciones, hablan en favor de la existencia de centros propios de las imágenes musicales, motrices y sensoriales que «están situadas en la vecindad de los centros correspondientes del lenguaje ordinario». (2).

Las amusias pueden ser de dos órdenes: *orgánicas y funcionales*. Las primeras ofrecen las mismas variedades clínicas que la afasia, es decir son motrices y sensoriales.

A) *Amusias motrices*.— Estas amusias están caracterizadas por la desaparición de las imágenes kinestésicas por medio de las cuales nos figuramos mentalmente la *articulación de las palabras cantadas* y los movimientos más o menos complejos del *juego instrumental*. La afemia instrumental ha sido observada por CHARCOT. En algu-

(1) DUPRE et NATHAN. *Le Langage Musicale*, 1911.

(2) DEJERINE. *Sémiologie des affections du système Nerveux*, Paris, 1914, pág. 98.

nos casos esta afemia no se generaliza a todos los movimientos necesarios para la ejecución; muchas veces solo compromete ciertas combinaciones musculares que se localizan a un solo lado, a un miembro o segmento de miembro (*apraxia instrumental*).

B) *Amusias sensoriales*.—Las amusias sensoriales comprenden la *sordera musical* y la *ceguera musical*; la primera se caracteriza porque el enfermo no reconoce el «aire» entonado delante de él, mientras que distingue perfectamente el sonido de cada instrumento. La ceguera musical consiste en la pérdida de la lectura de las notas musicales y, por consiguiente, su interpretación.

Estas diversas variedades de amusias se presentan aisladas o asociadas. Frecuentemente la amusia motriz pura se asocia a la agrafia musical como sucede en la afemia de CHARCOT. De la misma manera que en la afasia verbal los trastornos del lenguaje interior musical producen trastornos de los centros motrices musicales.

El segundo orden de amusias es el de las *amusias funcionales*. Estas se refieren, en su mayor parte, a los trastornos del lenguaje musical en los histéricos, sobre los cuales ha hecho un estudio muy interesante JOSE INGENIEROS (1). El ilustre psiquiatra argentino ha trazado los rasgos semiológicos del grupo clínico de las *dismusias histéricas*.

Las amusias histéricas pueden presentarse ya sean combinadas a otros accidentes de la misma naturaleza como el mutismo o bien la perturbación funcional se localiza exclusivamente al lenguaje musical, sin perturbar las manifestaciones del lenguaje verbal ordinario; este grupo comprende las *amusias histéricas puras*.

Reproducimos el cuadro de las *dismusias histéricas* porque el nos dá una idea de conjunto de este grupo clínico y de sus formas especiales.

---

(1) JOSE INGENIEROS, *Les troubles du Langage Musical chez les Hystériques*, «Journal de Psychologie», N.º 2, 1906, Pág. 97.

Dismusias histéricas	Amusia total	Sensorial	{ Sordera musical (parcial)
		completa	{ ceguera musical o alexia
	Hipermusias	motriz	{ afemia musical (parcial)
completa		{ afemia instrumental (parcial)	
Paramusias	Hipermusias		{ Raptus musical
			{ Impulsiones obsecionantes
			{ Melodisación incoercible de la lectura, etc.
	Paramusias		{ Fonofobia
			{ Fobia con reacciones convulsivas
			{ Audición coloreada
			{ Asociaciones mórbidas
			{ Disonofobia, etc.

Creemos innecesario entrar en un estudio particular sobre cada una de las formas clínicas de los trastornos, cuyo cuadro de conjunto hemos transcrito. Solo reproduciremos dos de sus más valiosas observaciones, que demuestran la independencia de los trastornos musicales de los del lenguaje ordinario y la importancia que tiene el conocimiento de la evolución musical para la explicación de ciertos fenómenos mórbidos.

*Observación N.º 1.—Amusia motriz parcial con afasia motriz completa.*—La enferma es una niña de 16 años de edad, de «desarrollo intelectual muy superior a la mediana», de vasta cultura musical y pianista eximia.

Antecedentes hereditarios y personales neuropáticos.

Después de varias crisis convulsivas seguidas de mutismo, de *causa emotiva*, es examinada por el doctor INGENIEROS (1). El estudio de la función del lenguaje revela los siguientes trastornos: *diciociación del lenguaje articulado*, las funciones motrices están completamente suprimidas no hay fonación, ni articulación, hay agrafia. Las funciones sensoriales en perfecto estado. Diagnóstico: *afasia motriz completa*.

*Disociación del lenguaje musical.*—Las funciones motoras están disociadas; la enferma no puede cantar, pero puede escribir y ejecutar al piano. Las funciones sensoriales están intactas. Diagnóstico: *amusia motriz parcial*.

Este caso pone de relieve la falta de paralelismo entre los trastornos del lenguaje musical y los del lenguaje ordinario verbal; en este caso existe una disociación entre las dos formas de escritura, la verbal y la musical. Por consiguiente, «el centro de las imágenes propias de los signos corrientes está disociado de la personalidad; el centro de las imágenes de los signos musicales funciona normalmente». En resumen, la afasia motriz no se superpone a la amusia motriz.

*Observación N.º 2.—Amusia total pura.*—(2) Esta historia clínica se refiere a un joven de 25 años de edad, de antecedentes hereditarios y personales francamente

(1) INGENIEROS, *Loc. cit.* Pág. 115.

(2) INGENIEROS, *Loc. cit.* Pág. 100.

psicopáticos. Al día siguiente de una crisis de histero-epilepsia, al ponerse a ejecutar en el piano, notó la pérdida completa de la ejecución instrumental, del canto, de la lectura y de la audición musicales, en una palabra, del lenguaje musical.

Examinado prolijamente, el enfermo declara «no comprender absolutamente nada de música». El escucha la música «como si oyera articular<sup>2</sup> palabras en una lengua desconocida».

Sometido al método de examen recomendado en las amusias, revela la conservación exclusiva del ritmo.

El profesor INGENIEROS da una explicación brillante de este fenómeno. Dice refiriéndose a la noción del ritmo: «Este hecho se explica fácilmente; el ritmo es anterior a la cadencia en la evolución del lenguaje musical pero no es lo característico de la música. Los sociólogos y los críticos de arte, que estudian este punto, saben que el ritmo es anterior a la melodía y que en la evolución de la música las primeras manifestaciones consisten en ruidos rítmicos. De tal manera, que el ritmo puede existir aplicado a ruidos, independientemente de toda cadencia e influencia melódica, que es ya una sucesión de sonidos, y de toda armonía, que es una forma superior de coexistencia de melodías o de combinación de acordes. En efecto, nuestro enfermo nos dice que escuchando una música muy rítmica, entiende claramente una sucesión de ruidos rítmicos; noción que se atenúa o se pierde escuchando una música cuyo ritmo está íntimamente ligado a los elementos musicales propiamente dichos a la melodía y a la armonía» (1).

Esta interesante observación demuestra la importancia indiscutible para el médico de conocer las fases sucesivas de la evolución general del lenguaje, pues existe una dependencia estrecha entre los fenómenos psico-biológicos y la patología.

Y ahora, antes de concluir este modesto trabajo, seanos permitido declarar, una vez más, la trascendental importancia de estos estudios de neuropatología, que abren una nueva vía a la investigación entre nosotros, ensanchan la cultura médica y obligan al espíritu a hondas meditaciones.

#### CONCLUSIONES

1.º—La evolución ontogénica del lenguaje es una recapitulación abreviada de las fases sucesivas por las cuales ha atravesado el lenguaje a través de la especie humana.

2.º—El lenguaje mímico y musical ha precedido en su aparición al lenguaje verbal.

3.º—Los centros que presiden el funcionamiento de las tres formas del lenguaje, mímico, musical y verbal son independientes.

(1) INGENIEROS, Loc. cit. Pág. 115.

4.º—La doctrina clásica de las localizaciones cerebrales del lenguaje verbal queda aún en pié, a pesar de las objeciones de MARIE y BERNHEIM. Los continuadores de esta doctrina han ensanchado, por decirlo así, estas localizaciones a la zona subcortical y a las vías que ponen en comunicación estos centros con las partes vecinas. Por consiguiente, una lesión localizada en la corteza cerebral o en las fibras de proyección de determinado centro producirá trastornos afásicos.

5.º—La clasificación de los trastornos del lenguaje verbal, propuesta por GRASSET, en cuanto respecta principalmente a las afasias es puramente esquemática y transitoria, pero auxilia eficazmente a la clínica. En la actualidad, es imposible clasificar estos trastornos con criterio rigurosamente anatómico-clínico;

6.º—Las trastornos del lenguaje mímico están en estrecha dependencia con los trastornos del lenguaje verbal, lo que se explica en virtud de las relaciones anatómicas posibles entre las dos categorías de centros;

7.º—Los trastornos del lenguaje musical son independientes de los del lenguaje verbal; esto demuestra la independencia de las imágenes musicales y, posiblemente, de sus centros corticales. Los centros del lenguaje musical son de formación más antigua, y han precedido en la evolución filo-ontogenética a los del lenguaje hablado, lo que explica satisfactoriamente su independencia en ciertos trastornos exclusivamente verbales.

8.º—Los trastornos funcionales del lenguaje verbal se desarrollan en un terreno francamente neuropático, revelado por los antecedentes hereditarios y personales, y tienen como causa frecuente la emoción.

9.º—Los trastornos de las vías eferentes del lenguaje pueden ser centrales o periféricos; es decir, estar localizados al nivel de los centros articuladores (opérculo rolándico, núcleo lenticular, núcleos bulbares) o en las vías nerviosas periféricas. Ambas alteraciones determinan una falta de energía nerviosa para la articulación o bien la ruptura de la coordinación que normalmente existe entre los aparatos respiratorio, fonador y articulador.

10.º—No es posible actualmente hacer una clasificación genética de los trastornos del lenguaje con excepción de las dislogias, es decir, de los trastornos de origen mental que reproducen las fases regresivas de la evolución del lenguaje como en la idiocia, la imbecilidad y las demencias.



ANGEL MALDONADO.  
*Cristales de ácido cinámico.* — (Microfoto. Battisrini)



FIG. N° 1.



FIG. N° 3.



FIG. N° 2.



FIG. N° 4.