



CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE ALGUNOS TRASTORNOS DEL LENGUAJE

Prof. Agregado, *Jorge Suárez Hoyos.*

Como Médico Especialista de los Organos de los Sentidos de la Medicina Escolar de Bogotá, me ha tocado practicar cerca de doce mil exámenes relacionados con esta especialidad, para llenar lo que se llama la "ficha sanitaria" de los escolares, ficha que desde hace algunos años se lleva con toda escrupulosidad y esmero.

Esta labor, me ha dado la oportunidad de registrar y clasificar un sinnúmero de afecciones de los Organos de los Sentidos, en los niños y niñas de las Escuelas de Bogotá.

Las conclusiones que pueden sacarse del estudio atento de estas fichas sanitarias, son de un gran valor desde el punto de vista estadístico y médico. Ellas encierran enseñanzas que bien apreciadas, quizás marcarían rumbos distintos en materia de profilaxia y tratamiento en tan variadas afecciones, algunas de las cuales son casi desconocidas entre nosotros.

Estas y otras muchas consideraciones, que más adelante expondré, me llevaron al estudio minucioso de las doce mil fichas sanitarias de los niños de las escuelas de Bogotá, con el ánimo de separar las que presentaban algunas anomalías del lenguaje.

Estos enfermos, así podemos llamarlos, a quienes siempre se descuida y para los cuales no existe actualmente entre nosotros un tratamiento racional ni científicamente bien llevado, o mejor dicho, no existe ningún tratamiento, podrían rehabilitarse física y socialmente, si las entidades capacitadas para ello, fundaran las escuelas Ortofonéticas, similares a las que existen desde hace mucho tiempo en otras partes del mundo y cuyos resultados nadie osaría negar.

Quiero consignar aquí mi reconocido agradecimiento para el señor

Guillermo Solano Benítez, Licenciado en ciencias de Educación y maestro director de la Escuela Luis López de Mesa de Bogotá, quien desinteresadamente y con el mejor espíritu de colaboración e investigación quiso prestarme su eficaz ayuda en la clasificación y tratamiento de los niños estudiados.

Aprovecho asimismo esta oportunidad, para significar mi agradecimiento a la señorita doña Mercedes Alvarez, enfermera del Servicio de Órganos de los Sentidos de la Medicina Escolar con cuya inteligente cooperación pudimos dar término a nuestra labor.

DEFICIENTES DEL LENGUAJE REVELADOS EN LA CLASIFICACION DE LECTURA HOMOGENEA

La selección de los niños que presentaban deficiencias del lenguaje, tarea ardua y paciente, se ha hecho mediante un examen sencillo sobre la manera como el niño lee, agrupándolos, según una escala conocida (1) en las divisiones siguientes, cuyos nombres por sí solos hablan del estado de conocimientos y desarrollo mental de los niños estudiados:

- 1º Silabeo vacilante.
- 2º Silabeo.
- 3º Palabreo vacilante.
- 4º Palabreo.
- 5º Corriente vacilante.
- 6º Corriente correcto y
- 7º Corriente expresivo.

Al hacer dicha selección se pudo apreciar, no sin sorpresa, que un grupo muy numeroso de niños examinados, no podían clasificarse en las divisiones anotadas, debido a que su expresión verbal era defectuosa y proveniente de una causa que alteraba la mecánica de la locución. Nos dimos entonces a la tarea de observar uno a uno estos niños y mediante pruebas y exámenes diversos, averiguar en definitiva en qué consistía la anormalidad de su lenguaje, dónde estaba localizada y tratar de indagar la causa o causas que la motivaban.

Este último párrafo resume lo que estamos haciendo y lo que nos falta por hacer, labor en la cual hemos tropezado con no pocas dificultades a causa de la falta de experiencia sobre el particular a la carencia de un médico psiquiatra que avocase con nosotros el problema y a la indolencia de los padres de los niños afectados, ya que el medio social de donde proceden se caracteriza por una indiferente despreocupación de aquéllos para con los hijos, quienes llegan a sentir hasta fastidio.

(1) Verdesio.

cuando no repulsión, hacia el hijo que es causa de complicaciones de índole educacional.

Clasificación de las perturbaciones de la palabra: El problema de la clasificación de las anomalías del lenguaje según los factores de orden etiológico, es bastante complejo. Unas veces las deficiencias de la palabra, provienen de lesiones internas localizadas en los centros cerebrales, como el de las imágenes motrices articuladas, el de las imágenes auditivas o el de las imágenes visuales verbales o lesiones éstas que se transmiten por herencia, como la tartamudez y el tartajeo, bien sea que los órganos periféricos de la palabra gocen de normalidad y de permeabilidad, o bien que carezcan de estas condiciones. Otras veces las causas son de orden somático debidas a deformaciones en los órganos de fonación y de la articulación de la palabra. Otras en fin, obedecen a malos hábitos adquiridos durante la infancia y que se conservan después, gracias al consentimiento de los padres, quienes apoyan y estimulan al media lengua, congraciándose con sus palabras incorrectamente pronunciadas.

Antes de hablar de los defectos de expresión que encontramos en los niños estudiados, vamos a establecer las posibles deficiencias que pueden encontrarse en la emisión de la palabra.

Comprende siete fases que enumeraremos a continuación, dando además la anomalía que cada una puede ofrecer:

1º Audición. Las palabras del interlocutor deben ser oídas. El trastorno puede ser la sordera total o la sordera parcial o dureza del oído, que tienen una importante repercución en el desarrollo mental, pues el que oye mal interpreta mal.

2º Percepción verbal. Consiste en darle significado a las palabras que se oyen.

Cuando el sujeto es incapaz de darle sentido a lo que oye, porque no asocia ningún significado a la expresión oída, se dice que padece *sordera verbal*.

3º Pensamiento. Es el trabajo intelectual que ejecuta la mente al establecer una comparación entre la idea que encierra la expresión que acaba de oír, y la que ya posee adquirida con anterioridad.

La irregularidad del pensamiento es la *dislogia* o pensamiento perturbado.

4º Lenguaje interior. Es el proceso mental interno en virtud del cual se formula la respuesta. La incapacidad de hacer esta formulación se llama *disfacia*.

5º Elocución. Consiste en la ordenación analítica y sintética de los elementos que forman la respuesta. La *disfrasia* es la imposibilidad o dificultad de hacer la ordenación lógica y gramatical de los elementos de la oración.

6º *Acto Motor.* Es la trasmisión de la respuesta con movimientos de fonación y articulación, presididos por los órganos centrales del lenguaje y los periféricos de la palabra. La perturbación de las acciones motrices es la *disartria*, en la cual, los centros cerebrales del lenguaje no responden a los esfuerzos que hace el sujeto para contestar a pesar de que los órganos de fonación y articulación sean normales y por lo tanto permeables a la expresión.

7º *Fonación y Articulación.* Así se llaman los movimientos que ejecutan los órganos de fonación, articulación y resonancia, como la laringe, la faringe, el velo del paladar, la lengua, las mejillas, los dientes, etc., para emitir la palabra. Cuando la fonación o la articulación son defectuosas, ocurren las llamadas *dislalias*, las que se presentan al emitir las consonantes sea que forman parte de articulaciones directas e inversas simples, o de los sínfones directos e inversos compuestos.

Esta clasificación ha sido recopilada de los trabajos de diversos autores (1) que no están siempre de acuerdo sobre los términos que deben adoptarse y sobre la definición de las diferentes perturbaciones. Es por lo tanto puramente teórica; raramente las perturbaciones de la palabra se particularizan en una sola de las formas que hemos descrito.

Veamos ahora como cada uno de estos grandes grupos puede dividirse en una porción de perturbaciones más definidas (2).

A) *Las dislogias.*

Principales formas:

a) El individuo puede ser incapaz de expresar sus propios conceptos y sentimientos porque le falta la capacidad intelectual necesaria para percibir las relaciones entre las cosas y los signos del lenguaje: *alogia congénita* (idiotez afásica).

b) El individuo no habla porque ha perdido la inteligencia: *alogia adquirida* (de los dementes).

c) El individuo no puede articular más que palabras de una o dos silabas, le es totalmente imposible emitir palabras polisílabas: *ipología*.

d) El individuo pierde momentáneamente la palabra (con frecuencia bajo la influencia de una fuerte emoción: *ipología inhibitoria* o funcional).

B) *Las Disfasias.*

Los defectos corresponden a la evocación de las imágenes verbales necesarias al discurso. Se refieren, pues, a los centros corticales del lenguaje.

(1) Kussmaul-Morselli-Preyer-Bunge.

(2) Rouma.

Principales formas:

- a) El individuo ha perdido todas sus imágenes verbales, sensoriales y motrices: *afasia total* (destrucción de los centros del lenguaje).
- b) El individuo es incapaz de evocar las imágenes verbales musculares necesarias a la articulación: *afasia motriz* (lesión del centro verbo-motor).
- c) El individuo es incapaz de evocar las imágenes sensoriales de las palabras: *afasia sensorial* (lesiones de los centros sensoriales).
 - 1) No puede evocar las imágenes auditivas: *sordera verbal*.
 - 2) No puede evocar las imágenes visuales: *ceguera verbal*.
- d) El individuo emplea unas palabras por otras: *parafasia*.
- e) El individuo inventa palabras que no están en ninguna lengua: *jergonafasia*.
- f) El individuo se encuentra en la imposibilidad de hallar el nombre propio: *afasia amnésica*.

C) Las Disfrasias.

Estas perturbaciones pertenecen a la facultad de agrupar las palabras en frases.

Principales formas:

- a) El individuo no sabe emplear las palabras conforme a las reglas de la gramática. Emplea los verbos en infinitivo, prescinde de los artículos, los pronombres, las conjunciones, coloca terminaciones gramaticales defectuosas: *agramatismo, disgramatismo*.
- b) El individuo no sabe componer una frase conforme a la sintaxis, dispone de palabras según la sucesión de las ideas: *akatafrasia*.
- c) El individuo habla con lentitud en un tono monótono, brusco, interrumpido: *hipofrasia* (niño anormal, sin gran desarrollo, regresión senil).
- d) El individuo habla con rapidez, pasa sin pausa de una frase a otra: *hiperfrasia* (beodos, niños charlatanes, dementes).
- e) El individuo encuentra dificultad para unir las imágenes verbales con sus ideas de tal manera que las imágenes defectuosas son emitidas, haciendo las frases incomprensibles o cambiándolas de sentido: *parafasia*.
- f) El individuo repite continuamente una palabra, una frase, una rima o un verso que le place: *palinfrasia*.
- g) El individuo intercala en su discurso sílabas, palabras o frases inútiles: *embolofrasia*.
- h) El individuo emite frases que no tienen ninguna forma ni sentido: *coreofrasia*.
- i) El individuo repite la última palabra o la última sílaba de lo que ha oído: *ecofrasia o ecolalia*.

D) *Las Disartrias.*

1. Hay desarmonía entre las impulsiones motrices y el trabajo de los aparatos periféricos, mientras que estos aparatos son capaces de funcionar normalmente y mientras las vías motrices son permeables. Estas son las *disartrias funcionales*.

Principales formas:

- a) Las diferentes variedades de *tartamudez*.
- b) El *tartajeo*.

2. El individuo experimenta dificultades para agrupar los sonidos y articulaciones en sílabas, porque la formación de las impulsiones motrices está alterada o porque su transmisión se hace a través de vías insuficientemente permeables.

Estas son las *disartrias orgánicas*.

Principales formas:

- a) El silabeo es lento, forzado, incierto: *bradiartria*.
- b) La articulación de las palabras es mesurada, incompleta: *motorartria*.
- c) La coordinación de la palabra considerada como unidad ligüística, formada de sílabas y de sonidos, está alterada: *tropiezo silábico*. (1).
- d) La facultad de emitir las palabras y las sílabas está más o menos abolida: *anartria*.

La disartrias orgánicas se presentan en el período de desarrollo del lenguaje en los niños, lo mismo que el tartajeo, pues no poseyendo aún el dominio de sus músculos, no producen sino movimientos desordenados de éstos. Ya tendremos ocasión de estudiar más adelante las fichas de algunos niños con disartrias orgánicas y funcionales.

Las Dislalias.

Las dislalias están constituidas por desórdenes que tienen su asiento en los aparatos de articulación. Son con frecuencia reliquias de disartrias orgánicas anteriores (2).

Coexisten con frecuencia con las disartrias orgánicas o también con las disartrias funcionales.

1. Las dislalias pueden obedecer a la conservación de malos hábitos, de movimientos defectuosos y anormales de los músculos articuladores, adquiridos en la infancia y conservados después. Estas son las dislalias idiopáticas o congénitas, que como oportunamente lo veremos, forman la mayoría en la clasificación de los niños que hemos estudiado.

(1) Kussmaul.

(2) Flatau.

Principales formas:

- a) El individuo no emite ciertas articulaciones: *mogilalia*.
- b) El individuo reemplaza ciertas articulaciones por otras: *paralalia*.
- c) El individuo experimenta una dificultad general de articulación bastante penosa: *bradilalia*.
- d) El individuo no articula ninguna consonante *alalia*.

2. Las dislalias pueden ser imputables a anomalías de los órganos articuladores: implantación viciosa de los dientes, mandíbulas anormalmente articuladas, labios muy cortos o muy gruesos, paladar muy escavado o perforado, con fisuras, velo del paladar muy corto, faringe nasal obstruida por vegetaciones adenoideas, amígdalas hipertrofiadas, etc. Estas son las dislalias *mecánicas* u *orgánicas*. Un buen número de niños que hemos seleccionado se encuentra incluido en esta variedad de dislalias y por lo tanto susceptibles de mejorar o de curar con tratamiento apropiado. Actualmente seguimos con todo cuidado a dos de ellos a quienes se les practicó la operación para corregir la fisura palatina y a muchos otros a quienes se les extirparon las amígdalas hipertrofiadas y las masas adenoidianas, se les corrigió una mala implantación de los dientes, con el objeto de comprobar sus resultados, los cuales no podemos consignar todavía aquí.

Entre las perturbaciones señaladas en esta clasificación hay algunas que el maestro tendrá ocasión de encontrar entre los escolares normales o anormales y para los cuales su intervención podrá ser muy eficaz. No quiero desaprovechar esta oportunidad, sin hacer resaltar la influencia funesta, que para la correcta emisión del lenguaje en los niños, tienen los compañeros de éstos, los profesores y maestros, cuando en ellos existen defectos de expresión, como las disartrias, las dislalias, y las alteraciones silábicas, pues en tales casos juega un papel primordial el instinto de imitación de los alumnos quienes fácilmente se contagian de los defectos de sus condiscípulos y preceptores. Es ésta, entre muchas, una de las razones primordiales para la creación de escuelas especiales para los niños afectados de deficiencias del lenguaje.

En los escolares normales, el maestro encontrará sobre todo:

- a) dislalias.
- b) disartrias.

En los escolares anormales tendrá que ocuparse de perturbaciones más diversas y necesitará indispensablemente la estrecha colaboración del médico especialista.

Encontrará:

- a) dislalias.
- b) disartrias.
- c) disfasias.
- d) Dislogias.

Fichas Sanitarias.

Veámos ahora cómo hemos procedido en la determinación de las causas que originaron la perturbación del lenguaje encontradas en nuestros niños.

El proceso seguido lo veremos mejor exponiendo la ficha que hemos levantado a cada niño. En este examen han intervenido como informantes:

1) Los padres, quienes nos han suministrado los siguientes datos:

a) Datos Generales:

Nombre del niño.

Fecha de nacimiento.

Domicilio y Escuela de donde proviene.

b) Datos particulares o antecedentes personales o hereditarios:

Epoca de la dentición.

Epoca en que empezó a caminar.

Epoca en que comenzó a hablar.

Epoca en la que apareció la perturbación.

Si ha habido incontinencia de orina.

Si ha tenido o tiene terrores nocturnos.

Si es o ha sido sonámbulo.

Si es propenso al miedo o sustos.

Si el niño sufre postergamientos, violencias o malos tratos.

Si ha sufrido algún accidente grave, traumatismo, y en qué parte del cuerpo.

A qué edad sufrió tal lesión.

Qué tratamiento médico tuvo entonces.

Hereditarios:

Si existe vínculo de consanguinidad entre los padres del niño.

Si antes de nacer el niño los padres eran alcoholizados o padecieron enfermedad específica.

Cómo eran las relaciones conyugales durante la gestación o embarazo.

Si la madre durante el embarazo sufrió algún traumatismo fuerte y en qué parte.

Cuántos hijos en total ha tenido la madre.

Cuántos hijos han muerto y de qué.

Cuántos abortos tuvo y qué causas los motivaron.

Ha habido en la línea materna perturbados del lenguaje, qué perturbaciones han padecido y qué parentesco existía entre el niño y el afectado o afectados.

La misma pregunta para los ascendientes de la línea paterna.

2) *El Maestro.*

El maestro de la sección de donde proviene el niño nos dió los antecedentes escolares siguientes:

¿En qué forma ha advertido usted la perturbación de que adolece el niño?

¿Dificultades anotadas por usted respecto a la manera de leer el niño?

¿Según su opinión, el niño ha progresado en la lectura, no obstante su perturbación?

¿Con relación a las materias que requieren raciocinio, como la Aritmética, etc., cómo es la comprensión del niño?

¿En las demás asignaturas, cómo valora usted la capacidad intelectual del niño?

¿Ha observado usted que la perturbación que padece el niño se acentúa cada día o por el contrario tiende a desaparecer?

¿Hay momentos del día o circunstancias especiales en las que el niño acentúa su defecto?

¿Ha hecho usted algo para corregirle el defecto?

¿Debido al defecto de su expresión y a las dificultades en que el niño se encuentra para responder, evita usted preguntarle?

¿Ha tratado usted de ridiculizar al niño por su defecto?

¿Ha hecho usted alguna observación sobre el funcionamiento de los órganos de los sentidos del niño, como la vista, oído, etc?

El Médico.

En este capítulo tan importante nos ha faltado la cooperación del médico psiquiatra, que en estos casos es tan poderosa y decisiva para establecer el diagnóstico clínico-médico-pedagógico. Por este motivo y no obstante nuestro esfuerzo, consideramos que la clasificación de los niños estudiados, adolece de algunos pequeños errores.

Hemos practicado los siguientes exámenes:

A) *Examen General.*

Examen de los aparatos respiratorio, circulatorio y digestivo.

Tratamiento para los enfermos de parásitos intestinales.

Reacción de Wassermann en los niños sospechosos de heredo-sífilis.

Investigación de síntomas de herencia alcohólica.

Examen de orina para los que presentaban alguna afección renal o vesical.

Tratamiento especial para los niños con Wassermann positivo.

Tratamiento para los escrofulosos.

Tratamiento para los descalcificados.

Tratamiento para los niños que presentaban signos de avitaminosis.

B) Examen Local.

Examen de los órganos de fonación y articulación de la palabra:

Labios.

Dientes.

Paladar.

Velo del paladar.

Amígdalas.

Adenoides.

Faringe.

Laringe.

Fosas nasales.

Tratamiento dental de los órganos de articulación que resultaron afectados.

Extirpación de las amígdalas crípticas e hipertróficas y de las masas adenoidianas.

Tratamientos adecuados para las diferentes formas de obstrucción nasal.

Tratamiento quirúrgico para los que presentaban fisuras palatinas.

Una vez en posesión de todos estos datos y auxiliándonos con el conocimiento personal, más o menos aproximado, que de cada niño tenemos, hemos hecho una confrontación de los resultados obtenidos para proceder a una clasificación.

Damos a continuación, como un ejemplo, la relación de dos casos, tomados al azar, uno de un disártrico y otro de un dislálico, para mostrar el proceso que hemos seguido para llegar a formular la anomalía de que adolece cada niño.

FICHA N° 5.

1. Nombre, R. V. J.

2. Fecha de nacimiento, 15 de julio de 1927.

3. Procedencia, Escuela "Luis López de Mesa".

4. Inició las clases el 18 de abril de 1939.

5. Horas de clases recibidas.....

6. Antecedentes suministrados por el padre del niño:

Epoca de dentición y comienzo de caminar fueron normales.

La aparición de las primeras palabras fué bastante demorada (casi tres años), y desde entonces los padres notaron dificultad en la expresión.

No tuvo incontinencia de orina.

Es de índole colérica.

No hay vínculo de consanguinidad entre los padres.

No hubo abortos.

Es el séptimo hijo entre siete habidos.

La madre murió de un derrame cerebral.

El padre padeció de un chancre antes de casarse y no se hizo tratar.

El padre está afectado de tartamudez grave desde el nacimiento.

Su abuelo paterno fué tartamudo.

Entre sus hermanos hay tartamudos.

7. Antecedentes que suministra el maestro:

No nos fué posible obtenerlos.

8. Examen médico:

Los órganos de fonación y articulación de la palabra son normales.

Reacción de Wassermann: Negativa.

9. Perturbación que padece:

Se manifiesta con un espasmo de los músculos pellejeros y orbiculares, la cara se levanta con prognatismo del mentón, los ojos están exageradamente abiertos, la lengua se adhiere fuertemente al paladar, las mejillas se retraen, la epiglotis cae sobre la glotis cerrándola con fuerza.

En esta actitud de espasmo tónico, permanece por algunos segundos, hasta que con un esfuerzo visible logra despegar la lengua del paladar con un sonido seco, dando salida al aire contenido en la tráquea. Este mismo fenómeno se repite siempre que el niño intenta hablar o contestar una pregunta.

10. Diagnóstico.

Tartamudez. El niño debe tener alguna lesión de los centros del lenguaje. ¿Herencia?

Queremos consignar someramente, el tratamiento que hemos instaurado en este caso particular, siguiendo las preciosas indicaciones de los especialistas versados en la materia (1).

Tratamiento moral:

Hemos explicado a los padres la importancia que tiene para el niño, el mejoramiento del ambiente familiar, a fin de que éste sea agradable, tranquilo y alegre. De este modo el niño encuentra en su hogar motivos de complacencia, ya que es sabido que un ambiente familiar hostil, accentúa y favorece las manifestaciones del tartamudo.

Hemos tratado de inspirarle al niño, confianza en el médico, haciéndole ver en qué consiste su mal, como hemos llegado a su conocimiento, los inconvenientes y consecuencias que le acarreará más tarde, animándolo para emprender el tratamiento.

Tratamiento general.

Reconstituyentes.

Régimen alimenticio fortificante.

(1) Decroly—Rouma—Gurtmam.

Tratamiento higiénico riguroso.

Tratamiento especial.

Este tratamiento se ha podido llevar a cabo y se continúa, en vía de ensayo, gracias a la entusiasta y constante cooperación del señor Solano Benítez, a quien debemos abonarle con toda justicia, sus esfuerzos personales para adquirir alguna práctica en esta materia y ponerla al servicio de los niños deficientes del lenguaje.

Relatamos a continuación algunos de los ejercicios a que ha sido sometido el niño disártico del caso que nos ocupa.

1º Ejercicio de respiración:

Hacer una inspiración corta y rápida antes de empezar a hablar.

2º Con el fin de dar permeabilidad al diafragma y para que adquiera una respiración ante todo abdominal, ejecute el siguiente movimiento estando boca abajo y con las manos ligeramente apoyadas en el vientre:

a) Inspirar por la nariz con intermitencia.

Abrir la boca.

Espirar bruscamente por la boca, apoyando las manos contra la pared abdominal para que el estómago rechace el diafragma.

Una vez hecho este ejercicio, se repite para finalizarlo con una inspiración fuerte con la boca abierta.

b) Movimientos para mejorar la articulación: con el fin de mejorar la articulación, hacemos al niño las indicaciones siguientes:

Cuando vaya a pronunciar una articulación, no aliste los órganos, es decir, no haga que sus órganos articuladores tomen de antemano la posición respectiva, sino aguarde al momento de hablar para hacer la respectiva colocación.

Cuando la palabra que vaya a pronunciar empiece por consonante, abra antes la boca para hacer una corta inspiración, en seguida pronuncie la consonante rápidamente.

Haga esfuerzos por enlazar todas las palabras de una misma frase, con el fin de evitar el tener que empezar, pues cada vez que usted se detenga le vendrá un nuevo espasmo.

Una manera de lograr este enlazamiento, consiste en practicar el siguiente ejercicio llamado de la pronunciación en bloques (1).

Pronuncie primero la primera sílaba de la frase, en seguida pronuncie la primera y segunda sílabas, luego la primera, la segunda y la tercera sílabas, así se continúa agregando cada vez una sílaba hasta terminar la frase.

Un ejemplo lo hará comprender mejor: Supongamos que el tartamudo se está ejercitando con esta frase: "trabajad sin descanso hasta conseguir un pleno dominio sobre vosotros". La frase es muy larga y se cortará haciendo pequeñas inspiraciones después de las pausas. Indica-

mos con una V la inspiración corta y rápida que debe preceder a toda emisión de palabra, con una pequeña línea horizontal las vocales que deben prolongarse y con una línea horizontal más larga el lazo de unión de ligazón de las palabras. El ejercicio se presentará del modo siguiente:

V tra: V traba; V trabajad; V trabajad sin:
 V trabajad sindes; V trabajad sindescan;
 V trabajad sindescanso; y así sucesivamente.

Los ejercicios varían naturalmente según la edad y la intensidad de la tartamudez del niño tratado.

c) Ejercicio de conversación:

Hecho el anterior ejercicio hemos ejercitado a nuestro enfermo a expresarse. Para tal efecto se le enseña una lámina y se le pide su interpretación; se le cuenta una historia y se le solicita su repetición o bien se le ha enseñado una corta poesía para su recitación.

Hacemos la advertencia de que el niño a que nos referimos, está actualmente en tratamiento, sus ejercicios no han terminado, por lo tanto no podemos dar una conclusión definitiva, sin embargo es visible la mejoría que este tratamiento ortofónico, ha producido en el niño, ya que su espasmo facial ha disminuido debido a la elasticidad que han adquirido sus órganos de articulación.

transcribimos a continuación la historia de un niño dislálico de los que se están tratando actualmente en clase de Ortofonía.

FICHA Nº 8.

1. B. D. H.

2. Nació en Bogotá el 20 de mayo de 1932.

3. Procedencia: Escuela "Luis López de Mesa".

4. Ingresó a las clases el 18 de abril de 1939.

5. Antecedentes suministrados por el Maestro: repetimos que el dato del Maestro no fué posible adquirirlo.

6. Antecedentes suministrados por los padres:

Personales:

- Dentición y época en que comenzó a caminar: normal.
- Los padres no han advertido el defecto del lenguaje de este niño.
- No padece de sonambulismo.
- No han tenido incontinencia de orina.
- No ha sufrido de enfermedades infecciosas.

Hereditarios:

- Es el cuarto hijo entre seis.
- El padre y la madre son normales en el lenguaje.
- No existen vínculos de consanguinidad entre los padres del niño.
- Ni el padre ni la madre han sufrido enfermedades específicas.

- e) No ha habido abortos.
- f) Ni en la ascendencia paterna ni en la materna ha habido deficientes del lenguaje ni degenerados.

Otros antecedentes:

- a) Las relaciones conyugales entre los padres del niño han sido siempre cordiales.
- b) El ambiente familiar es agradable y atractivo para el niño.
- c) El niño es tratado con suavidad y no se le maltrata.

Examen médico:

Examen general: Normal.

Reacción de Wassermann: Negativa.

Examen local:

- a) Paladar excavado.
- b) Faringe con vegetaciones adenoideas.
- c) Velo del paladar muy bajo.
- d) Dientes descalcificados.
- f) Escrofulosis.

Perturbación que sufre:

Rinolalia cerrada o Nasalización.

Existe obstrucción nasal por la presencia de gran número de vegetaciones adenoideas. Su voz es nasal. La letra *M*. es cambiada por *B* y la *N* por *D*.

Además el niño acusa una pequeña dislalia de la lengua y de los labios. Estos son bastante débiles.

Tratamiento seguido:

a) Gimnasia de la lengua:

Esta se ejecuta delante de un espejo, en donde el niño no sólo vea el modelo que le presenta el profesor, sino también los movimientos que haga su misma lengua. Es así como se da cuenta de que está verificando el ejercicio correctamente.

1. Sacar la lengua.

2. Sacarla y meterla alternativamente.

3. Pegarla al paladar.

4. Sacarla hacia la derecha y hacia la izquierda.

5. Mantenerla completamente fuera de la boca mientras el profesor cuenta de uno a diez.

6. Sacarla y prensarla por los dientes incisivos superiores e inferiores.

b) Gimnasia de los labios y mejillas, (también frente al espejo).

1. Inflar y desinflar las mejillas.

2. Alargar hacia adelante los labios.
3. Morder el labio inferior.
4. Morder el labio superior.
5. Avanzar los labios y abrirlos como abanico.
6. Separar las comisuras de los labios.
7. Enseñar los dientes levantando los labios.
8. Avanzar el labio inferior.

c) Ejercicio preparatorio para el soplo:

1. Avanzar los labios y tomar objetos redondos (bolas de cristal, confites) y hacer succión.
2. Sonar un silbato.
3. Soplar el molinete de lata.
4. Soplar una bujía a distancia hasta lograr apagarla.
5. Hacer girar oscilatoriamente una bolita suspendida como péndulo.
6. Hacer girar en círculo el mismo péndulo.
7. Soplar el espirómetro.

d) Ejercicios de resistencia.

1. El médico o el profesor sujetan las comisuras de los labios del niño y le ordena avanzarlos hacia adelante.
2. Ordena al niño avanzar los labios, mientras echa hacia atrás las comisuras.
3. Le manda sacar la lengua y sujetándola entre el pulgar y el índice le ordena introducirla, haciéndolo lentamente.
4. Soplar la bola de la barra acanalada.

Estos ejercicios se practican sistemáticamente todos los días.

Como el niño cambia la *M* por *B* y la *N* por *D*, empezamos los ejercicios de corrección de esta irregularidad, haciendo que sus órganos de fonación y de articulación tomen la posición correcta, a saber:

Labios y arcadas dentarias aproximadas. Lengua apoyada en todo el contorno de dichas arcadas.

En la elección de las palabras que sirven de ejercicio, se tiene cuidado en utilizar primero las palabras que empiecen por la consonante dislálica, luego palabras que tengan la misma consonante, pero que empiecen por vocal. Cuando se ejercita con sílabas, éstas no se aíslan sino que se repiten.

Resultado: Lo mismo que en el caso anterior.

Después de haberle extirpado sus vegetaciones adenoideas, el niño está siguiendo el tratamiento ortofónico, habiéndose apreciado una notable mejoría sin permitirnos aún hacer una conclusión definitiva.

Hechas las anteriores consideraciones, vamos a ver ahora, el resultado que obtuvimos después de practicar el examen de los doce mil niños de las Escuelas de Bogotá.

El resultado final ha sido el siguiente:

Total de niños afectados de deficiencias del lenguaje 387
 Así: Niños 263 (de 6 a 15 años).
 Niñas 124 (de 6 a 15 años).

Formas encontradas:

Alogia Congénita: 2—un niño de 9 años, una niña de 10 años.

Afasia Motriz: 1—niño de 8 años.

Afasia Sensorial: (sordera verbal). 1—niño de 7 años.

Agramantismo, Disgramantismo: 8—niños 3, niñas 5 de 8 a 10 años.

Disartrias funcionales:

Tartamuertos: 24—niños 16, niñas 8 de 6 a 15 años.

Tartajosos: 6—niños 3, niñas 3 de 6 a 10 años.

Distrias orgánicas: (tropiezo silábico). 8—niños 5, niñas 3 de 6 a 11 años.

Dislalias: (en todas sus formas). 331 niños así:

Niños: 212.

Niñas: 119.

(De 6 a 15 años).

Trastornos por lesiones del oído interno:

6 niños, 4 niñas.

Algunas consideraciones sobre el cuadro anterior.

No nos proponemos hacer el análisis detenido de cada uno de los casos que hemos seleccionado, sino más bien un comentario somero del conjunto, para no hacernos demasiado prolíjos.

a) Consideramos que seguramente, con una selección más rigurosa y quizás más científica de las fichas examinadas, el número total de niños deficientes del lenguaje en las Escuelas de Bogotá, hubiera sido más crecido. Pero eso no obstante, y por tratarse del primer ensayo que sobre este asunto se hace aquí, hemos quedado hasta donde es posible satisfechos.

b) Del cuadro anterior se deduce que el mayor número de niños afectados de deficiencias del lenguaje se encuentra agrupado en las *Disartrias orgánicas y funcionales* y sobre todo en las *Dislalias* consideradas éstas en todas sus formas.

Tenemos ante la vista el libro de Kussmaul, titulado "Trastornos del lenguaje", en el que dice: "Lo mismo que el lenguaje es para nosotros el espejo fiel del espíritu humano tal como se manifiesta en los distintos pueblos e individuos, refleja con fidelidad los trastornos morbosos del mismo. Las representaciones erróneas del delirio, el flujo rápido de las ideas de la manía, el pensamiento perezoso del individuo de entendimiento romo, tienen en él su expresión patognomónica. El lenguaje es para nosotros, sobre todo, un síntoma de los procesos que se veri-

fican en la esfera de la actividad aperceptiva y constituye un objeto patológico cuando aparece perturbado como proceso autónomo".

Para Flatau (1) "a todos los disturbios de la articulación se les puede denominar trastornos disártricos del lenguaje". Las disartrias centrales pueden ser debidas a lesiones orgánicas o de naturaleza funcional solamente, debiéndose distinguir de ellas aquellos trastornos de la articulación que tienen por causa un defecto mecánico de los instrumentos externos del lenguaje o de sus nervios motores a los que se llaman *dislalias*.

Las *disartrias* constituyen, pues, con las *disfasias* el capítulo de los trastornos del lenguaje propiamente dicho.

c) Esto hace ver las dificultades que no pocas veces, ofrece el diagnóstico. En lugar preeminente están las relaciones entre el defecto motor del lenguaje y la comprensión de éste, conviniendo casi todos los autores en que no se pueden adquirir datos que informen acerca de estas relaciones sino después de una observación larga y detenida.

d) El tratamiento de estas disartrias orgánicas o funcionales, en sus formas sencillas o complicadas, es imposible sin el conocimiento previo de la fisiología del lenguaje, y aunque hay ciertas reglas útiles de aplicación general, los problemas nuevos que en cada caso se plantean, exigen medidas especiales en cuya dirección y aplicación debe intervenir el médico especializado. Esto hace que sea necesario el ingreso de estos niños en escuelas ortofonéticas especiales.

f) En nuestro ensayo, los *dislálicos* alcanzaron la más alta cifra, cuya causa principal la encontramos en vicios o alteraciones de los órganos de la articulación.

El siguiente cuadro resume las diferentes causas que hallamos en los 331 niños:

Alteración en los labios y mejillas	5
Ausencia o mala implantación de los dientes	86
Fisuras o grietas en la lengua	3
Frenillo	4
Paladar excavado	28
Fisuras palatinas	2
Velo del paladar caido	12
Adenoides	33
Amígdalas hipertróficas	112
Obstrucción nasal	46

g) Cualquier alteración o cambio en la posición o forma de estos órganos puede disminuir la fuerza o la dirección de la corriente de aire y provocar por lo tanto una emisión defectuosa.

Así sucede, por ejemplo si la lengua se apoya contra los incisivos superiores o contra el paladar de manera que force la corriente de aire,

a escaparse lateralmente, dando lugar a una alteración llamada *sigmatismo lateral*.

Si la lengua pasa entre los dientes, ensanchando la corriente de aire que pierde así toda su fuerza, el defecto es el *sigmatismo frontal* (ceceo).

Si el velo del paladar se baja y el aire en lugar de pasar por la boca penetra en la nariz, tendremos *sigmatismo nasal* (nasalización).

Las alteraciones que se presentan a propósito de la emisión de la ch y de la j son las mismas que para la s y z. Muchos autores no separan estas alteraciones y las denominan simplemente *sigmatismos*.

Siguiendo este orden de ideas podríamos enumerar toda la variedad de estas alteraciones como el gammacismo, rotacismo, lamdacismo, etc., todas las cuales encontraremos en los niños, dislálicos estudiados.

h) La corrección de estas alteraciones del lenguaje de origen articular es más factible y de resultados más halagadores. Ya, anteriormente y en el caso de dislalia que trajimos como ejemplo, están consignados los ejercicios ortofonéticos que constituyen el tratamiento, luégo de haber suprimido la causa principal del trastorno de la emisión, cuando existe.

A manera de conclusiones:

1º El total de 387 niños con deficiencias del lenguaje, entre doce mil, de las Escuelas de Bogotá, justifica más que de sobra la creación de Escuelas Ortofonéticas. Creación que es de una necesidad inaplazable.

2º Hacer, muy respetuosamente, al ministerio de Educación Nacional la insinuación de enviar un equipo de maestros al Uruguay, país en donde esta rama de la ciencia médica y pedagógica, ha alcanzado un máximo de perfección, para que sigan un curso de perfeccionamiento, aprovechando luégo sus conocimientos para bien de los niños enfermos.

BIBLIOGRAFIA

Cid Tomás Martín. "Aportación de la O. R. L. a las incipientes campañas de higiene mental en su clase escolar". Revista Española y Americana de O. R. L. Dic. 1934.

De Costa Ferreira. "Neumogramas de la Tartamudez".

Flatau. "Lenguaje y Voz" (sus trastornos).

Fernández Soto. "Audición y Sordera". "Trabajos realizados en el Laboratorio de Investigación Otológica de la Universidad de Johns Hopkins". Rev. Española y Americana de O. R. L. Junio de 1934.

Gutzmann. "Des Kindes Sprache und Sprachföhles" Liepzig, 1894.

Husson Raoul. "Role phonatoire du rino-pha-rynx-des foses nasales et de sinus". Rev. Française de Phoniatrice. Avril de 1934.

Lerichomme Octave. "La diction radiphonio et la science phontique. Rev. Française de Phoniatrice. Avril de 1934.

Moveau M. "Alteraciones vocales consecutivas a perturbaciones auditivas Rev. Española y Americana de O. R. L. Julio, 1933.

Millet. "L'analyse des son des voyelles" Rev. Française de Phoniatrice. Avril de 1935.

Parrel M. de "Léxico de la Foniatria". Rev. Española y Americana de O. R. L. Julio de 1933.

Rouma Georges. "La Palabra y las perturbaciones de la palabra". Bruselas, 1919.

Kussmaul. "Trastornos del Lenguaje".

Seemann. "Sobre el desarrollo retardado de la palabra que se presenta hereditariamente". Rev. Española y Americana de O. R. L. Julio de 1936.

Scuri Decio. "Bégayement et Phonastenie". Rev. Française de Phoniatrice. Avril de 1934.

Tapia A. G. "Los sonidos y el mecanismo de la Audición". Rev. Española y Americana de O. R. L. Marzo de 1934.

Verdesio. Emilio. "La Enseñanza Especial en el Uruguay".

Viela André. "Contribution a letude de la cure respiratoire du bégayement". Rev. Française de Phoniatrice". Dic. 1937.

