el carácter *completo* de esta afasia motriz y su *localización exclusiva* á esa forma funcional del lenguaje; estos datos tienen gran valor diferencial, como veremos en seguida.

Con relación al lenguaje musical observamos lo siguiente: es una enferma sin instrucción musical, es decir, no ha estudiado música y no ejecuta instrumento alguno: es una «analfabeta musical» y su lenguaje musical solo puede sufrir dos trastornos: la amusia sensorial verdadera (sordera musical) y la amusia motriz verdadera; así como el lenguaje hablado de los analfabetos solo tiene dos fases patológicas: la sordera verbal y la afemia. El lenguaje musical de nuestra enferma está disociado correlativamente al lenguaje hablado; oye la música, la reconoce, pudiendo escribir el nombre de la pieza que escucha si ya la conocía, y aún pudiendo escribir la letra de la música que escucha, cuando la conoce. Al mismo tiempo la afasia motriz musical es completa, pues no hay posibilidad de fonación ni articulación de los sonidos; la enferma no puede cantar espontáneamente, ni repetir lo que oye cantar, no obstante reconocerlo perfectamente. Hay, pues, «afemia musical», y se presenta con el doble carácter de *completa* y *localizada*, característico de la afasia motriz verbal de origen histérico.

IV

El diagnóstico, en casos como el presente, es sencillo, por existir algunos datos característicos para diferenciar las afasias orgánicas

de las histéricas, por sus modalidades intrínsecas.

La existencia de síntomas somáticos extrínsecos, reveladores de la histeria, es el mejor elemento de diagnóstico; en nuestro caso encontramos antecedentes de pequeña histeria, una amaurosis transitoria á evolución espontánea, anestesia faríngea, estrechamiento del campo visual, hemihipoestesia con disociación de las diversas sensibilidades, etc.

El comienzo y evolución es diverso en ambos casos: la afasia orgánica solo viene repentinamente en casos de hemorragia ó reblandecimiento cerebral, acompañándose de ictus, hemiplegia derecha, y otros signos que permiten la diferenciación; en cambio el mutismo histérico suele ser repentino, á menudo acompañando á un ataque, reemplazando á otro accidente histérico, etc.

Los caracteres mismos del trastorno motor permiten diferenciarlo. En la afemia orgánica hay emisión de sonidos laríngeos, en la histérica hay *afonía* completa.

En la orgánica el trastorno funcional nunca destruye completamente la función, en la histérica es *completo*. Por fin, mientras la primera afemia suele repercutir sobre los otros modos del lenguaje, afectando, poco ó mucho, la audición, la lectura ó la escritura de los símbolos del lenguaje, la afemia histérica es *localizada*, dejando incólumes todas las otras manifestaciones. En rigor, esos caracteres intrínsecos de la afemia bastan para distinguir la orgánica de la funcional.

Pero no basta diagnosticar afemia «funcio-

nal» para afirmar que es «histérica»; en ciertos neurasténicos y alienados es frecuente encontrar un mutismo comparable al histérico. Como indica Morselli (1), el estuporoso y el demente apático no emiten ningún sonido vocal durante muchas horas ó días, el paralítico avanzado puede observar igual conducta, así como el melancólico atónito ó con delirio de autoculpabilidad, muchos delirantes sistematizados, etc. Seglas (2), reconociendo la dificultad del diagnóstico diferencial entre el mutismo histérico y el vesánico, hace notar que los vesánicos no son afónicos, pues á menudo se les sorprenderá hablando en baja voz sus soliloquios, aparte de que al ser excitados emiten exclamaciones, quejas ó insultos que denuncian una fonación normal; «pero el diagnóstico se vuelve casi imposible cuando se está frente á una paciente, histérica reconocida, la cual se enferma de melancolía depresiva con mutismo. Los elementos de diagnóstico tomados de la afonía, de la conservación posible de la escritura, de la mímica, faltan entonces por la superposición del estado melancólico; el diagnóstico de la naturaleza histérica ó vesánica del mutismo queda en suspenso».

El diagnóstico diferencial entre el mutismo histérico y el de los alienados fué primitivamente estudiado por Moret (3), en su tesis; y más tarde el mismo Seglas (4) dilucidó con singular acierto el mutismo de los melancólicos.

(1) Morselli, Semeiótica, volumen II, pág. 300.
(2) Les troubles du langage chez les aliénés, página 99.
(3) «Contribution á l'étude du mutisme des aliénés», Paris, 1880.
(4) «Mutisme mélancolique», en Arch. de Nevrol., Paris, 1881.

Roux (1) presenta en forma esquemática las interpretaciones diversas á que puede prestarse un caso de mutismo, sintetizando la cuestión de su diagnóstico clínico y etiológico.

Puede subordinarse á la depresión extrema, al sufrimiento moral intenso, haciendo sumamente penosa la palabra—melancolía.

Puede ser el resultado de una indigencia completa de pensamiento, de una falta total de cerebración—confusión mental estuporosa.

Puede el sujeto ser un abúlico, en tal grado que presente impotencia para articular palabras.

Puede callar voluntariamente por desconfianza—perseguido.

Puede callar porque una voz, una alucinación le impone silencio ó le impide articular palabras.

Puede el silencio resultar de que el enfermo se cree indigno de hablar con sus semejantes—autoculpabilidad melancólica.

Puede callar por tener la convicción de que ya no posee los órganos necesarios para hablar—delirio de las negaciones.

Puede, en fin, á pesar de sus esfuerzos y de la integridad del pensamiento, ser impotente para expresarse, pues el mecanismo de la palabra está olvidado, inhibido ó disociado — mutismo histérico.

V

La evolución y pronóstico suelen ser favorables; la función se restablece al cabo de más

(1) «Maladies nerveuses»—pág. 180.

ó menos tiempo. El mayor peligro consiste en la facilidad de las recidivas.

El tratamiento de elección, como para todos los accidentes histéricos, es la sugestión, en vigilia é hipnótica. En nuestra enferma empleamos la técnica siguiente, que podríamos llamar *reeducación de la palabra durante el sueño hipnótico*, coincidiendo con el tratamiento aconsejado por Sollier (1).

Hipnotizamos á la enferma, mirándola fijamente en los ojos. Tardó cuatro ó cinco minutos en dormirse, con sueño poco profundo. Primeramente le ordenamos modificara el ritmo respiratorio, acelarándolo primero y retardándolo después. La persuadimos en seguida de que mediante una leve fricción en el cuello, delante de la laringe, recuperaría la voz al hacer intensos movimientos respiratorios; ensayo coronado del mejor éxito. Le hicimos, á continuación, repetir las cinco vocales que pronunciamos en voz alta; luego repitió sílabas, palabras y breves frases enteras. En seguida la indujimos á pasar de la repetición á la palabra espontánea, ordenándole contestara á preguntas fáciles, como ser su nombre, edad, nacionalidad, etc. Por fin la enferma, siempre en estado hipnótico, conversó corrientemente con nosotros y por orden nuestra con su propio esposo. Llegados á este punto, hicimos notar á la enferma que ya hablaba perfectamente y que al ser despertada podría continuar hablando con la misma facilidad. En efecto, al ser despertada la enferma contestó

(1) «L'hystérie et son traitement», cit, pág. 360.

corrientemente á nuestras preguntas, y se retiró del consultorio comentando con su esposo la enfermedad misma y los efectos del tratamiento.

La sesión duró 20 minutos.

Para evitar una recaída, y mantener la sugestión, recetamos á la enferma 20 gramos de agua destilada, para tomar 5 gotas por la mañana y 5 por la noche, rotulándola «veneno». El mutismo no se repitió; como único tratamiento bastó una sola prueba de reeducación durante el sueño hipnótico.