

Como trastornos *secretorios* y *vasomotores* se observan, aparte de los mencionados, una secreción anormal de sudor, la sialorrea, la quiluria, poliuria, oliguria y anuria; además, por parte de la piel, eritemas, urticaria, así como formación de vesículas y de extravasados sanguíneos.

c) Los trastornos *psíquicos* son sumamente diversos. Manifiéstanse por toda suerte de caprichos extravagantes y de pretensiones extrañas; por el deseo de llamar sobre sí la atención, por idiosincrasias acompañadas de la simulación de diversos estados morbosos, por un humor hipocondríaco, por una contrariedad creciente del niño cuando ha intentado en vano imponer su capricho ó hacerse compadecer de su sufrimiento por los circunstantes, por el deseo de mentir y de engañar. En los casos graves pueden resultar de ahí *psicosis* pasajeras, que se manifiestan por accesos de delirio furioso, de éxtasis religioso, de idea de persecuciones, de estados alucinatorios y de sonambulismo, de catalepsia, de histeroepilepsia y de corea mayor. Añadamos algunos detalles sobre la sintomatología de estas tres últimas formas, á causa de su importancia práctica considerable.

1. *Catalepsia*. En la catalepsia, las diferentes partes del cuerpo permanecen en la posición en que las ha sorprendido el acceso. Mediante movimientos pasivos se puede dar á los miembros la posición que se quiera sin encontrar por parte del enfermo una resistencia particular; además, el sujeto no intenta cambiar esta posición, sino que la conserva y en ella se mantiene inmóvil. La rigidez cataléptica puede persistir durante algunos minutos ó algunas horas y hasta durante algunos días; al cabo de este tiempo desaparece súbitamente ó de un modo progresivo. Por regla general, el acceso de catalepsia va precedido de cefalalgia, de bostezos, de sensación de opresión, de mal humor, etc.

2. *Histeroepilepsia*. En esta forma el acceso se asemeja á la crisis epiléptica, pero el enfermo no pierde enteramente el conocimiento y los *reflejos* están siempre conservados. Frecuentemente el acceso va precedido de palpitaciones, bostezos, cefalalgia, cambio de humor; cesa al cabo de algunos minutos, en medio de hipo, risas y llantos espasmódicos. Después del acceso, el niño experimenta gran fatiga y con frecuencia se duerme. A veces persisten paresias ó contracturas pasajeras.

3. *Corea mayor*. El acceso paroxísmico va precedido de los mismos pródromos que la histeroepilepsia y la catalepsia. El niño ejecuta toda clase de movimientos simples ó complicados, pero siempre con una habilidad, una precisión y una fuerza notables: salta, baila, se arrastra, se encarama, nada ó intenta volar, ejecuta toda clase de ejercicios gimnásticos, da volteretas, etc. En los intervalos hace discursos solemnes,

patéticos, sobre objetos románticos, recita versos ó canta, cae en éxtasis ó lanza gritos espiratorios bulliciosos. El acceso dura algunos minutos, á veces algunas horas, durante las cuales la sensibilidad y el dolor (pellizco, picadura) están casi siempre abolidos, mientras que la sensibilidad á la temperatura está generalmente conservada (reacción á las afusiones frías). En general, el acceso termina con sollozos, con sudores considerables y agotamiento; el niño se duerme y pierde toda noción de los hechos que acaban de ocurrir, ó los recuerda como un sueño. Los accesos se producen con una frecuencia variable; pueden reproducirse varias veces en un día, ó no repetirse sino con largos intervalos; á veces también todo se reduce á un solo acceso. La corea mayor puede igualmente observarse en los muchachos, conforme lo demuestran varias observaciones consignadas en la literatura médica.

El *curso* del histerismo, considerado en su conjunto, está caracterizado por la variabilidad de los fenómenos con los cuales se manifiesta. Toda afección de naturaleza histérica, por grave que sea, puede desaparecer completamente, como ya hemos dicho, al cabo de muy corto tiempo. A veces las manifestaciones de la enfermedad presentan cierta uniformidad durante un largo período; á veces también se observa una interrupción prolongada en la sucesión de los síntomas. Por regla general, la salud del histérico está más ó menos alterada; suelen observarse más particularmente anemia, constipación ú otros estados dispépticos.—La *duración* de la enfermedad, en los casos ligeros, es de meses y años; en los casos medianos y graves, la enfermedad dura toda la vida. La *terminación* es variable. En muchos casos la curación completa se obtiene mediante un tratamiento apropiado; en otros persiste toda la vida un estado de exaltación, de incorregibilidad, de nervosismo general, una debilidad corporal y psíquica, etc. Las *recidivas* son frecuentes. En un gran número de enfermos el histerismo degenera en psicosis.

Diagnóstico. El diagnóstico se basa en primera línea en la etiología y en la existencia de una predisposición hereditaria, y luego en el conjunto de síntomas descritos, en la variabilidad de las manifestaciones y la irregularidad del curso, en la naturaleza funcional y no objetiva ó anatómica de los trastornos observados, y en fin, en el hecho de que los fenómenos morbosos, graves en apariencia, desaparecen á menudo con una intervención externa anodina (afusiones de agua fría, faradización). La existencia de *estigmas histéricos* (CHARCOT) tiene considerable importancia desde el punto de vista del diagnóstico; tales son principalmente diversas hiperalgias, la existencia de puntos dolorosos á lo largo de la columna vertebral,

el ovario, el globo histérico, el clavo histérico, las anestias sensoriales, y por último, la falta de toda alteración de la excitabilidad eléctrica y el estado psíquico general del niño. Sin embargo, no debe nunca olvidarse la posibilidad de una simulación.

Pronóstico. En general, el pronóstico no es favorable, principalmente porque la vulnerabilidad del sistema nervioso, dependiente de un vicio hereditario, no puede ser eficazmente combatida, y la enfermedad persiste á menudo durante toda la vida. No obstante, las formas ligeras permiten pronosticar favorablemente y, merced á un tratamiento apropiado, puede obtenerse una curación completa y duradera.

Tratamiento. El tratamiento debe ser ante todo psíquico. Debe instituirse con energía y decisión, tanto en lo que concierne á los padres como al niño. En primer lugar, el médico exigirá la observancia sistemática de las reglas de la higiene corporal é intelectual que habrá creído conveniente prescribir, prescindiendo completamente de caprichos y sin hacer lo menor concesión. Cuando las circunstancias de familia constituyen un obstáculo al tratamiento, deberá recomendarse el traslado á un instituto especial. Basta en muchos casos sustraer al niño de los que le rodean para lograr la curación.

Entre las medicaciones propiamente dichas, deben mencionarse sobre todo la *hidroterapia*, la *electricidad* y el *masaje*, empleados de un modo sistemático. El tratamiento de las diversas manifestaciones histéricas será apropiado á su naturaleza. Así, en caso de parálisis de los miembros inferiores, deberá vigorizarse la fuerza de voluntad del enfermo, poniéndolo de pie y obligándolo á caminar. La faradización diaria de los músculos será un coadyuvante útil del tratamiento. Del mismo modo las anestias y los espasmos histéricos, los accesos de tos histérica, el hipo ú otras manifestaciones locales, desaparecerán á veces con una rapidez sorprendente bajo la doble influencia de un tratamiento psíquico y del pincel farádico, del masaje ó de la afusión brusca de agua fría. De todos modos, las recidivas son frecuentes, pero en muchos casos se logra por fin la curación de un modo progresivo. Igual proceder debe emplearse cuando el niño sufre uno de los grandes accesos que hemos descrito; con frecuencia se logra detenerlos muy rápidamente por medio de una excitación exterior brusca. Como medicación *interna* se prescribirá, según las circunstancias, la valeriana, el hierro, la quinina, el arsénico, los preparados bromurados, etc.; pero estos medicamentos son mucho menos útiles que los métodos terapéuticos que acabamos de indicar cuando se instituyen de un modo racional.

8. Trastornos psíquicos

Etiología. Los trastornos psíquicos son relativamente raros en el niño, y aun ciertas formas son excepcionales en este período de la vida. A excepción del idiotismo, no se observan apenas antes de la edad de diez años y en general son más frecuentes en los niños que en las niñas. Como etiología deben señalarse la herencia materna, la existencia de un vicio neuropático ó el estado de embriaguez de los padres en el momento de la concepción. Ciertos trastornos psíquicos pasajeros ó permanentes, ó cuando menos la predisposición á los mismos, pueden ser *adquiridos*, por efecto de heridas de la cabeza, de diversas enfermedades nerviosas (corea, histerismo, epilepsia, neuralgias), de afecciones del oído interno, de afecciones cardíacas, de enfermedades infectivas (fiebre tifoidea, coqueluche, influenza, malaria), de la irritación ejercida por los vermes, de la ingestión de sustancias tóxicas (alcohol), de la acción del calor radiante sobre la cabeza. En los niños que presentan un vicio neuropático, la predisposición á los trastornos psíquicos aumenta particularmente á consecuencia de una educación defectuosa, de la severidad con que se trata á los niños y los castigos que se les impone, así como por efecto de diversas influencias psíquicas (miedo, temor, pena), de esfuerzos intelectuales exagerados en casa ó en la escuela, de la excitación genital precoz.—Aparte de las observaciones clínicas muy instructivas relatadas por CH. WEST, TREMOTH, BURKHARDT, etc., se han publicado estudios de conjunto sobre las psicosis de la infancia por GRIESINGER (1845), CONOLLY (1862), BERKHAN (1863), MAUDSLEY (1870), y en estos últimos tiempos por EMMINGHAUS (1887) y MOREAU DE TOURS.

Síntomas y curso. Los trastornos psíquicos pueden manifestarse por anomalías de las sensaciones, de las ideas y del pensamiento, de la voluntad y del deseo. No podemos, en esta obra, examinar detalladamente cada una de las variedades que se observan en estas anomalías, ni exponer una sintomatología especial y completa de las afecciones psíquicas de la infancia. Sin embargo, creemos lograr el objeto que perseguimos con este libro, exponiendo brevemente los signos *clínicos* principales de las psicosis que se observan más frecuentemente en los niños, añadiendo por lo que se refiere á cada una de ellas un resumen general del diagnóstico, del pronóstico y del tratamiento. Para esta exposición nos guiaremos por los notables estudios publicados por EMMINGHAUS y MOREAU.

1. **Idiotismo.** El idiotismo es la psicosis más frecuente en el niño.

Es *congénito* ó *adquirido*. El idiotismo congénito depende de un vicio de conformación del cerebro y del cráneo (pequeñez anormal, atrofia parcial del cerebro, microgiria, microcefalia, etc.); el idiotismo adquirido se observa consecutivamente á ciertas enfermedades del cerebro y de las meninges (vestigios de procesos inflamatorios, esclerosis cerebral, etc.). La intensidad de la afección es proporcional al grado de la alteración anatómica. En los casos *más ligeros* existe debilidad psíquica y disminución de las facultades intelectuales, la cual se manifiesta más tarde, cuando el niño va á la escuela, por dificultad de comprender, de fijar en su memoria lo que se le enseña y de interpretar las cosas. A parte del volumen poco considerable del cráneo, el desarrollo del cuerpo es casi normal.—Cuando el idiotismo es de un grado *más intenso*, los niños aprenden muy tarde á andar, su lenguaje es balbuciente é infantil durante largo tiempo, y más tarde es apenas comprensible. La atención se fatiga pronto, las concepciones intelectuales se graban difícilmente en el espíritu ó son rápidamente olvidadas. En el carácter del idiota predomina sobre todo el egoísmo; el instinto bestial, la suciedad, la tendencia á la dureza y á los accesos de cólera, son caracteres habituales de este estado morbozo. El desarrollo físico está atrasado, la expresión del semblante es estúpida y el cráneo es pequeño. No es raro observar convulsiones.—En los casos *muy graves*, los niños, durante los primeros meses de la vida, tienen un aire indiferente y fatigado, duermen mucho, no reconocen á su madre ni á su nodriza; carecen de toda expresión mímica, y sus gritos están constituidos por sordos gruñidos. Con bastante frecuencia el niño es sordomudo ó presenta un desarrollo incompleto de algún otro sentido. Los niños aprenden muy tarde á sentarse, y no saben andar ó á lo sumo saben arrastrarse; su cara tiene una expresión tímida. Con frecuencia padecen convulsiones y sucumben ordinariamente durante el primer año. Cuando por excepción siguen viviendo, su poder de percepción y de observación es sumamente limitado, su marcha y su actitud son pesadas, sus movimientos torpes y lentos. La palabra es reemplazada por gritos inarticulados que expresan la satisfacción ó el descontento. La expresión de la fisonomía es de una timidez sumamente especial; y por lo demás, el niño tan pronto está en estado de excitación, como de tranquilidad, de torpeza relativa. El cráneo es unas veces microcéfalo, otras macrocéfalo (hidrocefalia crónica), y otras deforme.—El idiotismo *adquirido*, consecutivo á ciertas enfermedades cerebrales graves, se caracteriza por iguales síntomas clínicos. La enfermedad es incurable. El tratamiento consiste en internar á los idiotas en casas de salud ó en asilos especiales.

2. **Neurastenia cerebral.** Este estado se caracteriza por una debilidad moderada de las funciones intelectuales, que se manifiesta por debilidad de la memoria, la falta de atención y la distracción ó la incapacidad de aprender; va acompañada de insomnio, de estado variable de ánimo, de paralgias y de hiperalgias psíquicas diversas (temor, miedo de encontrarse solo durante la noche, á veces accesos de cólera) y de pavor nocturno. La expresión de la fisonomía es de timidez y torpeza; el niño se queja de sensaciones anormales en la cabeza (sensación de presión, de calor), sonrojándose ó palideciendo frecuentemente su cara. Considéranse como causas ocasionales de la neurastenia cerebral el exceso de trabajo en la escuela, la conmoción de la cabeza (EULENBURG), las afecciones de la nariz y del oído. Este trastorno psíquico puede durar, con remisiones más ó menos marcadas, durante algunos meses, un año ó más todavía.— La *terminación* es, en general, favorable; sin embargo, la neurastenia puede dar lugar á la demencia aguda, á la melancolía, á la manía y hasta á una debilidad incurable de la inteligencia. El *tratamiento* consiste en el reposo intelectual; se recurrirá además á una medicación hidroterápica suave y se prescribirá un régimen apropiado.

3. **Melancolía.** Esta psicosis se caracteriza por una constante tristeza (pena del alma) que sobreviene espontáneamente, es decir, sin causa apreciable por un estado de depresión de ánimo, que comparado con la alegría natural de los niños sanos llama desde luego la atención y comunica el mismo sello de tristeza á los gestos del niño, á su vida representativa y á sus sensaciones. El cuadro clínico de este estado psíquico puede ser uniforme ó ir acompañado de angustias, alucinaciones y estupor; ambas formas pueden observarse sucesivamente en el mismo enfermo. De un modo general la melancolía se observa raras veces en el niño.—El *curso* y la *terminación* son variables. Unas veces, después de persistir varios meses ó más todavía, durante cuyo tiempo se altera el estado general, y después de alternativas de mejorías y agravaciones, el enfermo acaba por curar completamente; otras veces, por el contrario, el niño sucumbe por agotamiento progresivo, ó bien se suicida, ó con menos frecuencia la enfermedad degenera en demencia incurable.

4. **Manía.** El delirio maniaco del niño se halla caracterizado por una petulancia y buen humor excesivos, por la facilidad con que estos estados son substituídos por accesos de furor y de cólera, por deseos y actos precipitados, por la substitución y el cambio rápido de unas ideas por otras y hasta por la rapidez con que se borran á veces de la imaginación tales ó cuales conceptos. Síntoma importante de esta psicosis es

el estado de sobreexcitación continua, sobre el cual no influyen, ni la fatiga, ni el daño experimentado. Se observan también en estos niños deseos perversos con presunción y exigencias inmoderadas (proyectos); arman una zambra continua cuando juegan, y tienen propósitos insensatos é imposibles de ejecutar. A las amonestaciones y reprimendas, el niño contesta primero con amenazas de golpes, con descaro y con groserías; más tarde su excitación se trueca rápidamente en un acceso de furor insensato, durante el cual el pobre enfermito está del todo descompuesto y delira por instantes. No es raro ver la manía precedida de un período de melancolía. El sueño es perturbado, de corta duración, ó falta por completo; la fisonomía adquiere una expresión provocante y atrevida. El calor y el frío y las heridas son tolerados por estos niños sin que profieran la más mínima queja. La nutrición se resiente de este estado psíquico y se agotan las fuerzas del paciente. La *duración* de la manía es, en general, de algunos meses. La *terminación* es ordinariamente favorable; á veces, sin embargo, este estado psíquico va seguido de idiotismo.

5. **Demencia aguda.** Esta afección mental, muy rara en la infancia, se observa casi siempre tras de una enfermedad febril aguda, de la intoxicación por el ácido carbónico, etc. A diferencia de lo que ocurre con el idiotismo secundario y con la imbecilidad, la demencia aguda se desarrolla en general rápidamente. Se halla caracterizada por una debilitación considerable de todas las funciones intelectuales, por la alteración y la confusión del estado mental, por una disminución ó abolición completa de las funciones de ideación y por una apatía más ó menos pronunciada. Los síntomas principales son: la lasitud del cuerpo, la fijeza y vaguedad de la mirada, la emisión involuntaria de las cámaras y de la orina, el embotamiento de la sensibilidad táctil y dolorosa, la disminución de los reflejos cutáneos; unas veces está el niño sumido en profunda meditación, otras veces se siente impulsado irresistiblemente al movimiento.—Diferenciándose de la imbecilidad secundaria y del idiotismo, la demencia aguda es curable, y hasta en realidad la curación es la *terminación* habitual.

6. **Hipocondría.** La hipocondría se desarrolla con bastante frecuencia en los niños mimados, venidos al mundo con un vicio nervioso hereditario, las más de las veces á consecuencia de afecciones graves ó de la muerte de un pariente. Se manifiesta por la idea fija de estar enfermo ó de que contraerá una enfermedad. Se observan períodos de humor taciturno, de meditación profunda, alternando con períodos de relativo buen humor y serenidad. El niño teme exponerse á las intemperies y es incapaz

de soportar ningún dolor; su digestión está perturbada, y su apetito es escaso; la nutrición se afecta pronto más ó menos profundamente, y el niño se pone anémico.—El curso de la hipocondría es *crónico*. Puede observarse la curación, ó bien la enfermedad persiste hasta más allá del período de la infancia.

7. **Paranoia.** Esta forma de alienación designada también con el nombre de *locura primaria*, consiste primitivamente en un trastorno del poder de ideación, y particularmente de la reflexión. Va acompañada de ideas y conceptos delirantes (delirio de persecución) que nacen en apariencia de un modo espontáneo, y puede tener una evolución aguda ó crónica. La forma *aguda* es la única que se observa en el niño y aun muy raras veces, casi siempre después de enfermedades infectivas graves (alienación post-febril). Este estado mental se caracteriza, sea por estados de excitación maníaca ó de delirio furioso, sea por un estado de estupor de carácter melancólico. En cada una de estas formas el síntoma dominante es la idea de la persecución basada en una ilusión ó en una alucinación de los sentidos, la cual determina un trastorno mental que va acompañado en el primer caso de delirio furioso y, en el segundo, de delirio tranquilo.—La paranoia puede persistir durante días, semanas ó meses; las ilusiones ó alucinaciones sensoriales dejan luego de producirse y la afección se cura ordinariamente, si bien se han registrado asimismo casos mortales.—La terminación por *locura crónica* no ha sido todavía señalada en el niño.

8. **Locura moral. Perversión moral.** La perversión moral de los niños depende de una anomalía psíquica hereditaria. Se manifiesta por una falta completa y permanente de la bondad de corazón propia del niño, por un egoísmo inconmensurable, y por una tendencia á hacer el mal. Desde la más tierna infancia, este estado mental particular se manifiesta por maneras frías, por la falta de inclinación ó de afección para con los padres y los hermanos, por una alegría maligna, por malos tratos á los animales, por la mentira y la calumnia, por actos impúdicos y obscenidades premeditadas. Las amonestaciones, los castigos no surten ningún efecto, pues al contrario excitan todavía más el deseo de cometer acciones reprobables, que demuestran una maldad refinada y una falta completa de corazón. La inteligencia es normal unas veces, es débil otras, y en ocasiones está particularmente desarrollada. Pero en la mayoría de los casos, el niño no tiene afición alguna al estudio. En casi todos estos enfermos existen deformidades craneales ú otros vicios hereditarios (accesos epilépticos, espasmos musculares, vértigos, etc.).

El *curso* de esta enfermedad es progresivo, y *termina* por otra psicosis ó por un estado de demencia completo. No obstante, se ha señalado algún caso de curación.

Raras veces se notan en el niño otras clases de alteraciones psíquicas. Entre éstas pueden, sin embargo, citarse: la locura *transitoria*, la locura *circular* ó *periódica* (casos de STEINER, SCHERPF, etc.), los trastornos intelectuales de origen *epiléptico* (WILDERMUTH, LEIDESDORF, etc.), la *parálisis progresiva* (TURNBULL, STRÜMPELL, FAUVEL) y el delírium tremens (caso de COHN).

Diagnóstico. El diagnóstico de las alteraciones psíquicas está basado de un modo general en la existencia de una predisposición hereditaria ó de una de las causas enumeradas al principio de este capítulo, y en la existencia eventual de caracteres de degeneración (deformidades craneales, etc.). En cuanto á cada una de las formas de alienación mental en particular, se diagnosticarán teniendo en cuenta la existencia de los síntomas que acabamos de describir.

Pronóstico. El pronóstico es desfavorable en las formas congénitas, que dependen de un vicio de desarrollo (idiotismo, degradación moral). En las formas adquiridas, según se ha visto, el pronóstico es con frecuencia favorable.

Tratamiento. Los niños que sufren una afección psíquica, deben someterse á un tratamiento apropiado á su estado en una casa de salud. Para más detalles, véanse los manuales de patología mental.

D. Afecciones de los nervios periféricos

1. Espasmo del nervio accesorio. Spasmus nutans

Etiología. Las contracciones espasmódicas clónicas y tónicas en la zona inervada por el nervio accesorio (músculo trapecio y esternocleidomastoideo) se observan con bastante frecuencia en niños de cualquier edad. Las primeras son las más de las veces bilaterales y están caracterizadas por la producción de sacudidas; en cambio las contracciones tónicas son, en general, unilaterales y se manifiestan por una desviación de la cabeza y del cuello (tortícolis). Estas contracciones espasmódicas pueden ser *primitivas*, y son entonces debidas á la acción del frío ó de la humedad; ó bien son *secundarias*, por ejemplo en caso de afecciones centrales y de traumatismos, durante la convalecencia de ciertas enfermedades graves,

en niños de poca edad mal nutridos, anémicos y raquíticos; á veces también la afección es de origen *reflejo* y parte de la mucosa gástrica (dispepsia, vermes). No es raro observar, en los sujetos atacados de espasmo del nervio accesorio, contracciones espasmódicas en el dominio del facial y del motor ocular común. RAUDNITZ encuentra analogía entre el spasmus nutans y el nystagmus de los mineros, y cree que ambos estados son la expresión del «cansancio crónico» de algunas ó de todas las células ganglionares que inervan los músculos del ojo.

Síntomas y curso. Los espasmos *clónicos* se producen, sea en forma de accesos, que presentan paroxismos de algunos minutos y hasta de algunas horas de duración, sea de un modo permanente con interrupción durante el sueño. Cuando existen en ambos lados se manifiestan por un movimiento de cabeza que recuerda el de las pagodas y más ó menos pronunciado; cuando son unilaterales, á cada contracción espasmódica el enfermo vuelve la cabeza á la derecha ó á la izquierda como si quisiera volverse. A menudo se observan al mismo tiempo contracciones en los músculos de la cara y de los ojos, nystagmus, estrabismo y blefarospasmo. Ordinariamente las contracciones espasmódicas no van acompañadas de ninguna sensación dolorosa y se repiten con intervalos variables; así es que pueden faltar durante algunas semanas ó bien existir de un modo habitual. La enfermedad puede *terminar* de un modo variable. En ciertas circunstancias, después de una duración más ó menos larga, casi siempre de algunos meses, sobreviene la curación; en otros enfermos, cuya afección es de origen *central*, se desarrollan parálisis del brazo ó de la pierna, la afasia, la epilepsia, el idiotismo ó hasta sobreviene la muerte (HENOCH y FABER, ROMBERG, DESCROIZILLES, etc.).

El espasmo *tónico* del nervio accesorio es, como hemos dicho, de ordinario unilateral (tortícolis). Cuando la afección es bilateral, la cabeza está inclinada hacia adelante ó hacia atrás, según que la contracción espasmódica resida en los músculos esternocleidomastoideos ó en los trapecios. Los movimientos pasivos provocan dolor. La *duración* y la *terminación* de la enfermedad son los mismos que en la forma precedente.

Diagnóstico. La simple vista del enfermo permite establecer el diagnóstico.

Pronóstico. Es siempre reservado y depende de la etiología. Los espasmos de origen reflejo son los de mejor pronóstico.

Tratamiento. Debe encaminarse ante todo á combatir la causa de la enfermedad. Por otra parte, deberá mejorarse la alimentación y la higiene del niño (anemia y raquitismo). Para combatir el espasmo en sí

están indicadas las fricciones con aceite cloroformado, la *electricidad* (ánodo aplicado sobre el músculo en contracción espasmódica), y al interior los *antiespasmódicos* (bromuro de potasio) y el arsénico. En el espasmo tónico está indicado sobre todo el masaje y, en ciertas circunstancias, la tenotomía ó la neurectomía.

2. Espasmo mímico de la cara. Espasmo de los párpados

Etiología. Los espasmos mímicos de la cara no se encuentran frecuentemente en el niño como afección única, *aislada*. Decláranse á veces en niños predispuestos á las enfermedades nerviosas sin causa determinante; en otros casos, particularmente en los niños anémicos y raquíticos, son de origen *reflejo* y debidos á trastornos digestivos ó á la presencia de vermes; á veces también este espasmo se produce por *imitación*; por último, puede reconocer por causa la *irritación directa* del facial por una otitis, ó bien una enfermedad de los *centros nerviosos*.—Se observan con bastante frecuencia contracciones espasmódicas parciales, de carácter clónico ó tónico, en el orbicular de los párpados; se las designa con el nombre de *blefarospasmo* ó de *spasmus nictitans*. Las más de las veces son provocadas por la presencia de cuerpos extraños en el saco conjuntival, por el eczema de la cara ó de la cabeza, por una inflamación ocular de naturaleza escrofulosa, por el coriza. A veces no se descubre ninguna causa á pesar de un examen minucioso.

Síntomas y curso. El *espasmo mímico de la cara* se caracteriza por sacudidas clónicas, fulgurantes, en los músculos inervados por el facial. Por lo común, es unilateral y afecta principalmente á los músculos situados alrededor de la boca y de los ojos. Al principio las sacudidas son débiles, pero aumentan rápidamente en intensidad y en extensión. Pueden producirse en forma de accesos de corta duración y frecuentemente repetidos, en cuyos intervalos no existen contracciones; estos accesos son involuntarios ó determinados por excitaciones psíquicas. En otros enfermos la contracción espasmódica persiste de un modo permanente.

El *blefarospasmo* es, de ordinario, bilateral. Se manifiesta por una contracción convulsiva de los párpados, que persiste algunos minutos y hasta algunas horas. Va acompañado de lagrimeo y de fotofobia. La presión ejercida sobre ciertos puntos de la cara (agujeros supra é infraorbitario, bordes de las mandíbulas), puede detener la contracción espasmódica; en el adulto esta detención es á veces inmediata (v. GRAEFE), mientras que en el niño se produce raras veces con esta maniobra. SOLTSMANN ha

publicado un caso en que la cesación del blefarospasmo se obtuvo por la presión sobre las proliferaciones epifisarias todavía blandas del antebrazo.

El *curso* ulterior de las contracciones espasmódicas que acabamos de describir es variable. En general, el *blefarospasmo* se cura una vez desaparecida la causa que lo ha originado, pero esta afección está sujeta á frecuentes recidivas. El *espasmo mímico de la cara* se cura en iguales condiciones; pero es frecuente observar, aun después de interrupciones bastante largas, recidivas incesantes, y finalmente, la afección se hace habitual.

Diagnóstico. El diagnóstico se hace por la simple inspección.

Pronóstico. El pronóstico del *blefarospasmo* es favorable; en cambio, el del *espasmo mímico de la cara* debe ser siempre reservado. En ambos casos deberá tenerse en cuenta la etiología y la posibilidad de eliminar la causa.

Tratamiento. El tratamiento será, ante todo, causal. El *blefarospasmo* se combate eficazmente por la inmersión de la cara en agua fría (v. GRAEFE), ó bien por las duchas oculares en forma de pulverizaciones de agua fría. En el tratamiento del *espasmo mímico de la cara*, los mejores resultados se han obtenido con el empleo de la electricidad galvánica. Además, podrán administrarse al interior los preparados bromurados, el arsénico y otros medicamentos nerviosos. Sin embargo, la afección resiste á menudo á todos estos tratamientos.

3. Parálisis mímica de la cara. Parálisis facial

Etiología. La parálisis facial no es rara en los niños de todas edades; en algunos casos es *congénita* (compresión con el fórceps en el acto del nacimiento). FR. SCHULTZE, BERNHARDT y NONNE (1900) han publicado recientemente casos de parálisis facial unilateral congénita, sin que hubiese habido traumatismo alguno durante el parto. Entre las causas más frecuentes de la parálisis facial *adquirida*, hay que mencionar el enfriamiento por una corriente de aire (*parálisis reumática*), la otitis con caries del peñasco, más raras veces las tumefacciones ganglionares y las supuraciones en la región parotídea, ó bien una afección de origen central (parálisis nuclear).

Síntomas y curso. La parálisis del facial afecta generalmente un solo lado de la cara. Examinando atentamente la mitad del rostro paralizada, se observa que está flácida, que los surcos nasolabiales están

borrados, que el ángulo de la boca está algo más bajo. Cuando se dice al enfermo que mueva los músculos mímicos de la cara (reír, llorar, avanzar los labios) la parálisis se hace en seguida más manifiesta. El ojo está abierto (lagofthalmos), falta el pestañeo; la palabra y la masticación se ejercen defectuosamente. Algunos enfermos aquejan paresia del velo del paladar; otros presentan trastornos del oído, del gusto y de la secreción salival.

El *curso* ulterior de la afección es variable. La parálisis facial congénita, debida á la compresión, desaparece las más de las veces al cabo de algunos días; la de naturaleza reumática persiste á menudo durante dos ó tres semanas. En cuanto á la parálisis facial que reconoce por causa la lesión directa de un nervio, su duración varía con la naturaleza de esta lesión; puede desaparecer al cabo de algunas semanas ó de algunos meses, pero si se han producido en el nervio ó en los músculos procesos degenerativos de cierta gravedad, puede persistir durante años y hasta hacerse definitiva.

Diagnóstico. El diagnóstico se hace por la simple inspección. El origen periférico ó central de la parálisis se reconoce por su mayor ó menor extensión (el facial superior no está interesado sino en la parálisis de origen periférico, mientras que permanece completamente indemne en la parálisis de origen cerebral) y por el estado de la excitabilidad eléctrica (la cual está totalmente conservada en la parálisis de origen cerebral, mientras que en ciertos casos de parálisis periférica se observa la reacción de degeneración).

Pronóstico. El pronóstico depende de la causa y de la posibilidad de sustraer el enfermo á la acción de la misma. La determinación del estado de la excitabilidad eléctrica permite establecer el pronóstico con más precisión. Cuando la excitabilidad eléctrica permanece normal durante los catorce primeros días de la enfermedad, se podrá casi pronosticar con certeza que la terminación será favorable á corto plazo; en cambio, si aparece la reacción de degeneración, no podrá esperarse, en los casos más afortunados, una terminación más ó menos favorable sino al cabo de algunos meses.

Tratamiento. A parte del tratamiento causal, el tratamiento eléctrico es el que da los mejores resultados. En los casos recientes está indicado recurrir á la electrización *galvánica* (hacer pasar una corriente á través de las fosas auriculares durante dos minutos; tres sesiones por semana); más tarde también á la electrización *farádica* (el ánodo se coloca en la fosa auricular y se hace deslizar el cátodo sobre los músculos). En

ciertas circunstancias podrá también recurrirse á las inyecciones hipodérmicas de estricnina.

Las otras variedades de *parálisis* y de *neuralgias* se observan en el niño con mucha menos frecuencia que la afección que acabamos de describir. La sintomatología y el tratamiento son los mismos que en el adulto.

4. Polineuritis degenerativa

Etiología. La polineuritis, descrita por primera vez por DUMÉNIL (1864), y más tarde por EICHHORST, LEYDEN, STRÜMPELL, etc., ha sido igualmente observada en el niño (EISENLOHR). Consiste en una inflamación aguda degenerativa de un gran número de nervios. Esta afección puede ser *primaria*, y reconoce en este caso una causa desconocida, acaso infecciosa, ó bien sobreviene después de ciertas enfermedades infectivas agudas (difteria, escarlatina, fiebre tifoidea), durante el curso de la tuberculosis pulmonar, consecutivamente á la intoxicación por el óxido de carbono, etc. Un gran número de casos descritos con el nombre de poliomielitis, parecen deber referirse á la polineuritis, pues ambas afecciones presentan gran analogía en su evolución y en su curso clínico.

Síntomas y curso. La enfermedad se inicia las más de las veces de un modo bastante súbito, con fiebre intensa, cefalalgia, ligero delirio y dolores intensos en los miembros y en los lomos; á veces se nota una pequeña tumefacción del bazo y albuminuria. Poco después ó al mismo tiempo que los síntomas precedentes se produce una parálisis flácida, ordinariamente en uno de los miembros inferiores ó en ambos á la vez, la cual se extiende muchas veces á los miembros superiores; en algunos casos están también afectados los nervios craneales y bulbares, y se ha observado la propagación del proceso neurítico á la médula espinal (DÉJÉRINE, FOEEL, DARKSCHWITSCH y otros). Ulteriormente se observa debilitación de los reflejos cutáneos, las más de las veces abolición completa de los reflejos tendinosos, disminución de la excitabilidad eléctrica; finalmente la reacción de degeneración y más tarde atrofia de los músculos atacados. Las funciones de la vejiga y del recto permanecen intactas. Al principio de la enfermedad se observa que los nervios son muy dolorosos y sensibles á la compresión en todo su trayecto y están á veces notablemente aumentados de volumen; no es raro notar los mismos síntomas en las articulaciones. Cuando aparece la parálisis, los dolores disminuyen en intensidad, pero durante un tiempo bastante largo persiste cierta parestesia y sensibilidad

á la presión en los músculos paralizados. En algunos casos, en vez de fenómenos paralíticos, se observa ataxia.

El *curso* ulterior de la afección es variable. En los casos graves, el enfermo puede sucumbir al cabo de un tiempo bastante corto, al cabo de una semana, á consecuencia de la rápida propagación de la parálisis á los músculos respiratorios. Pero es más frecuente observar que los síntomas agudos de los comienzos desaparecen y la parálisis se limita, mejorándose luego lentamente, y terminando al fin por la curación después de algunos meses, aun en casos en que la parálisis era muy extensa.

Diagnóstico. Podrá fundarse en el estado de sensibilidad dolorosa de los nervios, así como en la sensibilidad á la presión que persiste largo tiempo; en la demostración de la naturaleza periférica de la parálisis (reacción de degeneración, atrofia muscular, abolición de los reflejos cutáneos y tendinosos); en la marcha de la afección que con frecuencia es favorable, lo cual no se observa nunca en la parálisis espinal. La confusión con la poliomielititis no es posible al principio del proceso que estamos estudiando por los trastornos de la sensibilidad y más tarde por la marcha de la afección y el modo como terminan una y otra.

Pronóstico. Debe ser siempre reservado al principio; pero una vez terminado el período agudo y limitada la parálisis, el pronóstico es en general favorable á causa de la facultad de regeneración considerable de que están dotados los nervios, y de la involución frecuente de los fenómenos paralíticos, aun en el caso de haber éstos persistido durante largo tiempo.

Tratamiento. Para combatir las manifestaciones agudas de principio de la enfermedad y los dolores violentos, el *ácido salicílico* y la *antipirina* son á menudo medios muy eficaces. Contra el proceso mismo, las fricciones de *pomada mercurial* y la administración de los mercuriales (*Hydrargyrum tannicum oxydulatum* 0,03 al día) se han manifestado muy eficaces en muchos casos. En un período más avanzado de la enfermedad, se prescribirá una alimentación tónica, el reposo y los cuidados apropiados, los baños tibios y el tratamiento eléctrico, especialmente el empleo de la electricidad galvánica, con la cual se favorecerán los procesos espontáneos de curación.

Parálisis de Landry. El cuadro sindrómico descrito por LANDRY en 1859 consiste en una parálisis flácida de las piernas que puede sobrevenir de un modo fulgurante ó apoplectiforme, pero que con más frecuen-

cia se desarrolla de un modo lento; se inicia con fiebre y con dolores vivos en los pies, en los lomos y en la cabeza, ataca progresivamente y de un modo ascendente la musculatura del tronco y del pecho, los músculos del hombro y de los brazos; se propaga á los centros vitales de la médula oblongada, en cuyo caso suele provocar en pocas semanas la muerte con síntomas bulbares, sin que á pesar de ello en la autopsia puedan encontrarse lesiones anatómicas en los centros nerviosos. Este cuadro morboso particular se observa rarísimas veces en el niño, habiéndose publicado sin embargo algunos casos por LIÉGARD, KAHLER y PICK, HEUBNER, y últimamente por SOLTSMANN. La naturaleza de la enfermedad no es aún del todo conocida, pero es muy probable que la parálisis de LANDRY sea una polineuritis que se produce por la influencia de un agente infeccioso, sea primariamente, sea á consecuencia de una enfermedad infecciosa (influenza). —El *pronóstico*, á pesar de la marcha hiperaguda con que se inicia en ciertos casos la enfermedad, no es absolutamente desfavorable, pues el proceso puede detenerse y hasta curarse completamente, aun estando atacados los centros automáticos.—El *tratamiento* consiste en una cura enérgica por medio de las *unciones mercuriales*, con las que se obtienen brillantes resultados en ciertos casos (RAUCHFUSS, SOLTSMANN).

5. Tartamudez. Balbuceo

Patogenia y etiología. La tartamudez es un trastorno del lenguaje corriente. A juzgar por su naturaleza, la tartamudez es una *neurosis de la coordinación* de origen central. Se manifiesta por contracciones involuntarias, espasmódicas, de los músculos que intervienen en la emisión de la palabra, contracciones que afectan unas veces la totalidad del aparato que preside al lenguaje articulado (músculos de la respiración, de la voz, de la articulación de las palabras), y otras veces tan sólo á ciertas partes del mismo. La tartamudez va acompañada, además, de una serie de movimientos concomitantes, igualmente involuntarios, que deben considerarse como irradiaciones centrales del impulso voluntario (1). Desde el punto de vista *etiológico*, deben indicarse como causas *predisponentes* un temperamento fácilmente excitable, vivo (pronto á irritarse), así como la herencia. Como causas *ocasionales* importa mencionar la asistencia á la escuela (imitación), la segunda dentición, la pubertad, las enfermedades

(1) KUSSMAUL: «Störungen der Sprache» (v. Ziemssen's *Handbuch*, tomo XII, parte 2.^a) y H. GUTZMANN, *Vorlesungen über die Störungen der Sprache und ihre Heilung*, Berlín, 1893.

infectivas agudas anteriores (escarlatina, difteria, influenza, fiebre tifoidea, sarampión); los traumatismos del cráneo, las afecciones psíquicas (miedo, angustia, deficiencias de la educación). Todas las causas enumeradas exageran la tartamudez en los casos en que ésta ya existía y son hasta suficientes para determinar su aparición. Es más raro que este trastorno de la palabra reconozca por causa un vicio de conformación *orgánico* (hendidura del paladar, labio leporino, vegetaciones adenoides, pólipos nasales). Los niños escrofulosos y delicados se hallan más predispuestos á contraer esta afección que los niños sanos; por otra parte los niños son más frecuentemente atacados de ella que las niñas. Respecto á la época de su aparición, puede decirse que la tartamudez se manifiesta al principio de la adolescencia; que se hace más pronunciada al acercarse la época de la pubertad, y que llega á su máximum de intensidad en este período de la existencia.

Con el nombre de *balbuceo* se designa un defecto de *pronunciación* de las palabras. Puede ser de naturaleza *funcional* y depende en este caso de un ejercicio y de una educación insuficientes en el estudio del lenguaje articulado, ó bien es de *naturaleza orgánica*. En este último caso el balbuceo puede ser *congénito* ó *adquirido*. Cuando es congénito, puede depender de anomalías de los labios, de los dientes, de la lengua, de la laringe y de su musculatura, ó bien de una fisura de la bóveda palatina ó del velo del paladar; cuando es adquirido, los vicios de conformación que le producen son análogos, pero son causados por procesos ulcerativos (difteria, sífilis, escrofulosis).

Síntomas y curso. Según hemos dicho, la tartamudez se manifiesta por un trastorno de la palabra corriente. Se produce por accesos, sobre todo cuando el niño trata de hablar. A las primeras palabras pronunciadas, la voz y la palabra se suspenden, el niño se encuentra coartado, hace toda clase de movimientos involuntarios con los brazos y con el cuerpo, gesticula, cierra los ojos, abre los dedos y pateo ó golpea el suelo con los pies. La respiración se hace irregular, corta y puede hasta suspenderse; la cara se congestiona, y tiemblan los labios y la lengua durante la pronunciación de la palabra. Al cabo de algunos segundos parece vencerse el obstáculo. Después de una inspiración profunda se pronuncia la palabra de un modo más ó menos modificado, la cual va inmediatamente seguida de otras varias; pero en el instante en que el niño quiere pronunciar una nueva palabra ó bien en medio de la pronunciación de ésta, se detiene de nuevo y se reproducen los mismos fenómenos. La tartamudez no se produce nunca cuando el sujeto habla en ausencia de otras personas ó cuando, sin ser ob-

servado, lee en alta voz, recita, declama ó canta; por lo demás, puede repetir correctamente cualquier palabra que se pronuncie delante de él; en cambio cuando el niño ha de recitar algo en la escuela ó en presencia de una tercera persona, se produce en seguida el trastorno de la palabra y esto con tanta más facilidad si al mismo tiempo es preso de una emoción psíquica, de un sentimiento de angustia ó de una excitación.—El *curso* de esta afección es *crónico* y está sujeto á múltiples fluctuaciones. Su *curación* es de varios años. La terminación es, en general, favorable si se instituye tempranamente un tratamiento apropiado; de no ser así persiste la tartamudez, el niño se hace tímido, irritable, caprichoso y desalentado, pudiendo á su vez afectarse las facultades intelectuales.

El *balbuceo* se manifiesta por un defecto de *pronunciación*. Desde el punto de vista sintomatológico, presenta diferentes grados, según que la pronunciación de los sonidos articulares sea incompleta ó nula. Principalmente las *consonantes*, con menos frecuencia las *vocales* (gangueo) son las que se pronuncian de un modo imperfecto. Unas veces el vicio de pronunciar consiste en la imposibilidad de emitir ciertos sonidos (*mogilalia*); otras veces en el reemplazo de un sonido determinado por otro (*paralalia*). Cuando el balbuceo es muy intenso y el niño, á pesar de la vivacidad de la expresión y de la inteligencia, no es comprendido por nadie, se le da el nombre de *hotentotismo*; en cuanto á la imposibilidad absoluta de emitir sonidos articulados, se le designa con el nombre de *alalia*. Para más detalles, véanse los trabajos especiales ya mencionados de KUSSMAUL y de GUTZMANN.

Diagnóstico. Los detalles que acabamos de dar, bastan para hacer el diagnóstico. En caso de tartamudez se prestará grandísima atención á los movimientos concomitantes involuntarios, pues éstos pueden ser tan intensos en algunos casos que oculten por completo la afección principal. La distinción entre la *tartamudez* y el *balbuceo* es fácil de establecer; en caso de *tartamudez*, existe un obstáculo á la conversación corriente, en el *discurso*, mientras que en el niño que *balbucea* el lenguaje es fluído, no sufre ningún obstáculo, pero existe un vicio de *pronunciación*. En el primer caso existen siempre movimientos concomitantes involuntarios, mientras que en el segundo faltan constantemente.

Pronóstico. Según hemos dicho, el pronóstico de la *tartamudez* es favorable, cuando se instituye precozmente un tratamiento apropiado. En las mismas condiciones el *balbuceo* permite también un pronóstico favorable; cuando depende de un vicio de conformación de los órganos, el pronóstico depende naturalmente de la posibilidad de remediarlos.

Tratamiento. En el concepto *profiláctico*, sobre todo cuando la herencia constituye la causa, deberá someterse al niño, en la época en que aprende á hablar, á una dirección pedagógica inteligente que tendrá por objeto vigilar que articule convenientemente las palabras y las pronuncie con claridad.—El tratamiento propiamente dicho consiste, aparte de las medidas higiénicas generales destinadas á tonificar el organismo (lociones frías, gimnástica, natación), en una educación apropiada del aparato respiratorio. Deben proseguirse con método los ejercicios que consisten en tomar aliento de un modo rítmico durante la conversación, en articular lentamente y con limpieza las sílabas y las palabras, sobre todo las consonantes y los sonidos difíciles de pronunciar, en hablar y en respirar según indique la necesidad, en cantar y recitar. Para más detalles consúltense las obras publicadas por los médicos especialistas. (SCHRANK, GUTZMANN, COËN, SERRE, BERKMAN, etc.).

6. Neurosis vasomotoras y tróficas

1. *Hemicránea. Jaqueca.* La cefalalgia unilateral, acompañada de fenómenos vasomotores, se observa con bastante frecuencia en los niños durante la época en que concurren á la escuela, principalmente en las niñas anémicas y delicadas. Desde el punto de vista etiológico, la herencia directa, la predisposición nerviosa familiar, desempeñan un papel innegable; como causas determinantes deben señalarse los esfuerzos intelectuales y corporales, las emociones y las perturbaciones digestivas.—Respecto á la naturaleza de la hemicránea, parece tratarse de una enfermedad del simpático (MÖBIUS). Se indica la piamadre y la duramadre como punto de residencia de los dolores.

La hemicránea aparece en forma de accesos que persisten durante algunas horas, durante medio día, y con menos frecuencia durante un día entero, separados los unos de los otros por intervalos, durante los que el enfermo no siente dolor alguno. Ordinariamente el acceso va precedido durante corto tiempo de una sensación general de malestar, de cambio de humor, de escalofríos, de bostezos, etc. Iníciase luego en la mitad izquierda ó derecha de la cara, empezando generalmente en las sienas y en la frente, un dolor permanente, á menudo intenso, que va acompañado de hiperestesia de la piel de la cabeza, de gran sensibilidad á la luz y al ruido, de náuseas y de inapetencia. Los síntomas vasomotores concomitantes son de naturaleza *espasmódica* ó *paralítica*. En el primer caso, la piel es pálida y fría, la temporal está contraída, la pupila dilatada, la secreción

salival aumentada; en el segundo caso la mitad de la cara afecta y el pabellón de la oreja están calientes y rubicundos, la temporal presenta pulsaciones exageradas, la pupila está contraída, y existen á veces sudores limitados á una mitad de la cara. En muchos enfermos pueden verse alternar los síntomas espasmódicos y paralíticos ú observarse en combinación unos con otros. Al cabo de más ó menos tiempo, el acceso termina frecuentemente por vómitos.—La *duración* de la hemicránea es de años y se hace generalmente habitual. Esta afección no lleva consigo ningún peligro para el enfermo.

El *tratamiento* es en primer lugar *profiláctico* y consiste en procurar á los niños anémicos una buena alimentación, en prescribirles los ferruginos, en recomendarles la estancia en los países montañosos ó en las costas, en evitar todo trabajo exagerado de la inteligencia (intervalos de reposo durante las horas de estudio), así como las demás causas determinantes que hemos enumerado.—Durante el acceso se prescribirá ante todo el reposo completo al abrigo de la luz viva y de los ruidos intensos. Entre los medicamentos internos, la *antipirina*, la *antifebrina*, la *fenacetina*, el *salicilato de sosa* y los *preparados de cafeína*, ejercen en muchos casos una acción muy manifiesta.—Debe evitarse el uso de los narcóticos.

2. *Hemiatrofia facial progresiva*. En algunos casos, muy raros, se observa en el niño el cuadro clínico de la hemiatrofia facial progresiva. Esta enfermedad está caracterizada por una atrofia perfectamente limitada en la línea media, de marcha progresiva, de una mitad de la cara.—Interesa á la vez la piel, el tejido adiposo, la musculatura y los huesos; á veces ataca igualmente la lengua y el velo del paladar y, en algunos casos, toda la mitad del cuerpo (SOLTMANN). La sensibilidad es normal; no existen trastornos vasomotores ni secretorios, ni ninguna sensación subjetiva anormal. La afección se observa casi siempre en la adolescencia, y es incurable. MENDEL, en un caso cuya autopsia pudo practicar, encontró como lesión anatómica una neuritis degenerativa del trigémino, sobre todo de su raíz descendente. La etiología de esta afección es desconocida.

Por otra parte puede igualmente observarse una *hipertrofia unilateral de la cara*; esta afección es aún más rara que la precedente y su etiología es también poco conocida.