

Año XI

Mayo de 1940

Tomo XIII, N° 5

ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRÍA

PUBLICACIÓN MENSUAL

(Órgano Oficial de la Sociedad Argentina de Pediatría)

Hospital de Niños — Servicio de Neuropsiquiatría y Endocrinología

El síndrome depresivo melancólico en la infancia (*)

por los doctores

Aquíles Gareiso, Pedro Osvaldo Sagreras y Alejandro J. Petre

El tema que vamos a abordar, lo consideramos de real interés, si tenemos presente la tendencia que tiene el pediatra, a derivar estos enfermitos hacia el especialista para su estudio y tratamiento, pues conceptuamos que el examen psíquico del niño debe interesarlo, tanto como el estudio de sus diferentes aspectos físicos, a fin de despistar y tratar estas afecciones, tan frecuentes hoy por desgracia. Es así, que hacemos propia la afirmación de Rott, M. E., de Berlín, en la segunda conferencia de la Asociación Internacional de Pediatría Preventiva realizada en Ginebra, del 28 al 29 de septiembre de 1932. Decía el citado facultativo: "Los pediatras deberán ocuparse del psiquismo del niño, tanto como de lo físico. El niño difícil de aprender o instruir es un enfermo. Despistar, tratar, y sobre todo prevenir las psicopatías, vá más allá del médico de familia, es una tarea social. La falta de trabajo de los padres por ejemplo, tiene una repercusión sobre el estado nervioso de los mismos y de los hijos".

Podemos afirmar que los tratados de Pediatría, tratan el tópico un tanto superficialmente, englobando los más diversos esta-

(*) Comunicación a la Sociedad Argentina de Pediatría, sesión del 19 de diciembre de 1939.

dos psíquicos en un mismo capítulo. Jules Comby, en su clásico "Traite de Maladies de l'enfance", cita un caso de melancolía en un niño de 11 años, estudiado por Esquirol y otros internados en Bicêtre, de Manía y Melancolía, cuya edad variaba entre ocho y catorce años. Menciona las causas diferentes que pueden conducir a estos estados y considera como causa principal y predisponente, la herencia y la degeneración (estigmas degenerativos). Engloba en el mismo párrafo también la hipocondria, el delirio de persecuciones, las fugas, el estupor, la locura a doble forma y termina con unas consideraciones acertadísimas sobre el porvenir de estos niños aconsejando el aislamiento del medio habitual para su tratamiento correcto. Theodor Gott, en el capítulo sobre neurosis del "Tratado Enciclopédico de Enfermedades de la Infancia", de M. von Pfaundler y A. Schlossmann, se refiere en el mismo a los hipertímicos o maníacos, y a los distímicos, a estos últimos corresponderían los deprimidos inhibidos, serían los (malhumorados constitucionales de Kräpelin) y se caracterizarían por su aire sombrío, abúlicos, enemigos de emprender cualquier empresa, falta de entusiasmo, aburridos de sí mismos y del mundo exterior.

Hemos debido pues, recurrir a los tratados especiales para poder documentarnos sobre el tópico, y encontramos en Gilbert-Robin, (Précis de Neuro-Psychiatrie infantile), editada por G. Doin, 1939, en el capítulo sobre ciclotimia y suicidio en los niños, algo sobre el tema. Así como en E. Regis en su "Precis de Psychiatrie", y en el "Tratado de Patología Médica" de Sergent, Ribadeau-Dumas y Babonneix, el artículo de "Melancolía" de Durand.

Entrando de lleno a nuestro tema, manifestaremos, que es más frecuente observar, como lo hace notar también Gilbert-Robin, estados o fases depresivas, alternando con fases de psiquismo normal, que otras formas de melancolía, así se han comportado por lo menos dos de nuestras enfermas (Hist. clín. Nos. 88 y 314), las cuales pasado su estado depresivo, fueron dadas de alta completamente curadas. En cambio en otros, se suceden períodos de depresión con estados de excitación dando lugar a la ciclotimia o locura a doble forma, o estado maníacodepresivo, afección crónica, que por fortuna no hemos tenido ningún caso. Es fácil observar también estados melancólicos durables o casi permanentes (Hist. clín. N.º 601), que aunque mejoro su delirio y desaparecieron las alucina-

— 449 —

ciones, persistió el estado depresivo. Son estos los constitucionalmente deprimidos.

ETIOLOGÍA.—Las causas más frecuentes de los estados depresivos son las emociones violentas, las fatigas psíquicas y físicas, ciertas afecciones astenizantes, como la gripe, las autointoxicaciones de origen intestinal especialmente; hemos tenido en nuestro Servicio del Hospital de Niños varias coreas son síndrome depresivo que serán motivo de un estudio especial. Pero estas causas, deben tener una predisposición especial del individuo producto de la herencia o de alguna tara degenerativa.

En dos de nuestras enfermas el trauma fué evidente (Hist. clín. 88 y 601), en la otra (Hist. clín. 314), jugando la herencia neuropática un papel importante. Además, en la 601 las taras degenerativas son cuantiosas, una oligofrenia discreta que le ha impedido aprobar el 2.º grado, dislálíca y rara desde chica, según la familia. Es a estas rarezas que los pediatras deben dar mucha importancia y como hace notar Gilbert-Robin, es en los cambios del carácter y del humor, en los disgustos, en las obstinaciones, donde el médico debe despistar un psicopatía depresiva infantil.

En cuanto al sexo, es más frecuente observarlo en las niñas que en los varones, de idéntica manera acontece en los adultos. Respecto a la edad la más joven de nuestras enfermas tenía 11 años y la mayor 13 años.

SINTOMATOLOGÍA.—En general los psiquiatras hacen mención de tres períodos. Uno de iniciación, otro de estado o enfermedad franca, y el tercero de terminación.

El período de iniciación por regla general es lento tardando en instalarse la enfermedad, de unos días a unas semanas. Su comienzo es insidioso, hay tristeza, anorexia, algunos desarreglos intestinales, preocupaciones, etc., que a veces pasa desapercibido para la familia como el caso 314, en el cual la causa inicial fué la muerte del hermano, siendo la desencadenante unos zapatos teñidos que le mancharon la piel. Sobreviene luego el período de estado o de enfermedad propiamente dicha, apreciándose entonces, trastornos somáticos y psíquicos. Llama la atención entre los primeros la "amimia", es un síntoma que nunca falta, a veces acompañada de facies de sufrimiento (ver fotografías), la amimia es a veces tan marcada que las facies parecen fijadas, sólo tiene vida en la cara la mirada. Existe conjuntamente con esto una sensibili-

dad general disminuída, hay una discreta anestesia cutánea. Junto a esto se observa una disminución de la fuerza muscular, y un agotamiento marcado para cualquier esfuerzo o ejercicio, llegando la astenia a veces a hacerse tan marcada que los enfermos sólo desean estar en cama o echados en sillones ad-hoc. Existe raya blanca de Sergent intensa y prolongada, conjuntamente con una baja de la tensión arterial. Los movimientos son lentos, hay una marcada bradikinesia llegando en ciertos casos a la inmovilidad casi absoluta como en el estupor (caso de Gareiso y Petre). En nuestro caso 601, existía una marcada lentitud de los movimientos activos, y en los pasivos, fué dable observar un esbozo de signo de Negro o “rueda dentada” signo siempre existente en el estupor. Hay también un fino temblor, evidenciable en la posición de juramento (enferma 601) Existen trastornos vasomotores. La hipotermia es frecuente, de aquí lo friolentos que suelen ser estos enfermos, y esa hipotermia es fácil encontrarla en las extremidades, donde a menudo se observan síntomas de acrocianosis, conjuntamente con “glos-sking” transpiración fácil y casi permanente de las extremidades como acontecía en la enferma N.º 88 por nosotros estudiada. El tono muscular está siempre disminuído, es fácil constatarlo en la lengua, donde se observa la impresión dentaria en los bordes de la misma, síntoma descrito por Juan M. Obarrio. En dos de nuestras enfermas, casos 88 y 601 estos signos fueron evidéntísimos. Los reflejos tendinosos están generalmente conservados, el patelar es el que lo hemos encontrado variable; en dos casos 601 y 314, estaba vivo y en el 88 muy disminuído. No presentan alteración los reflejos cutáneos y mucosos.

En cuanto a los demás órganos, podemos decir que esta afección interesa a todos. En el tramo digestivo se aprecia lengua saburral, con mal aliento, especialmente de mañana, anorexia, constipación, digestiones difíciles con sensación prolongada de plenitud gástrica después de las ingestiones. La respiración es superficial, siendo muy dificultosa la auscultación de estos enfermos, se hace ruidosa y a veces con arrullo de paloma en las crisis de ansiedad. En el aparato circulatorio es frecuente observar el erectismo cardíaco, la tensión arterial es baja; y un síntoma peculiar es la fragilidad vascular, síntoma este que mencionamos especialmente, porque siendo a veces necesario sujetar a estos enfermos, pues la ansiedad exagerada les impide quedarse en cama, o atentan contra ellos, etc., es frecuente ver entonces que donde se ha sujetado

el paciente aparezcan equimosis y sufusiones que si no se estuviera sobre aviso, podrían interpretarse como atentados realizados por el enfermo, o cometidos por personas al cuidado de los mismos. En un estado más avanzado, es dable observar también trastornos tróficos de la piel, pero esto se produce cuando se trata de enfermos que guardan mucho tiempo cama y su estado depresivo es tan intenso, que llegan al gatismo; en esas condiciones se observa desde simples congestiones hasta escoriaciones intensas. No queremos terminar esta breve reseña sobre síntomas somáticos sin referirnos a las secreciones y al análisis de sangre. Las secreciones están algo reducidas, especialmente la urinaria y hay generalmente constipación, debe combatirse con líquidos y laxantes suaves. Referente al análisis de sangre hay una disminución del cloro globular y del plasmático, de aquí que se beneficien estos enfermos grandemente con una terapéutica clorurada intensa. (Condiciones ajenas a nuestra voluntad y deseos, nos ha impedido realizar el estudio del cloro globular y plasmático en los enfermos presentados).

Pasando a examinar los trastornos psíquicos, nos encontramos que la atención está perturbada. Son niños en introspección permanente, nada les interesa de cuanto sucede a su alrededor, mejor dicho todo les apena; concentrados, viven una vida interior intensa y son incapaces de sustraerse a esa introspección, mediante la atención espontánea apropiada y generalmente ajena a su mal, se consigue que fije la atención y el enfermo responde al interrogatorio. La voz es apagada, triste, reveladora de un gran sufrimiento, de una pena interior. A menudo se los ve llorar copiosamente con llanto fácil, sin aparatosidad, con acento quejumbroso y lastimero, un llanto de profundo sentimiento como los casos 88 y 314. Esta actitud trae aparejada una disminución de la actividad motora con gran astenia y abulia. En otros es la gran ansiedad la que domina el cuadro, la respiración es fatigante, se oye arrullo de paloma, el simple recuerdo de hecho provocador de su mal despierta esta crisis, los enfermos se revuelven en su cama, creen respirar mal, sienten una pesadumbre y malestar precordial, palpitaciones, gran temor, etc., (caso 314). La memoria casi nunca está perturbada, hay una bradipsiquia, una lentitud en la evolución de los recuerdos, a veces una omisión de los mismos, pero no es por perturbación, sino por su negativismo o la marcada introspección. No sucede lo mismo con las percepciones; es muy fácil observar ilusiones y aún alucinaciones de diferentes tipos; en nuestro caso 314 fueron

visuales (un fantasma blanco, que había aparecido cuando falleció el hermano) el solo recuerdo del hecho le despertaba gran ansiedad.

Las hay también auditivas y cenestésicas, especialmente en los hipocondríacos, como el 88. Todas estas perturbaciones estrechan el campo de la conciencia y hacen que la asociación de ideas sea pobre, con marcado fondo depresivo, rehusándose a contestar, presentando marcado mutismo. Cuando esta actitud se exagera, aumenta el estado ansioso a tal punto que puede por sí sólo ser el principal síntoma de la enfermedad, de donde algunos autores hagan una forma clínica especial de melancolía ansiosa, aunque en verdad todo estado depresivo por tenue o simple que sea, lleva ansiedad en grado más o menos moderado. Acentuando el proceso se llega al estupor, es difícil que aparezca de primera intención; generalmente le antecede una serie de crisis ansiosas que llevan al enfermo al estupor y cuando ya el delirio está bien establecido. Gareiso y Petre han presentado un caso de estado depresivo con estupor). El síndrome estuporoso ha sido estudiado de un modo personal por Juan M. Obarrio, habiéndolo relacionado con el síndrome parkinsoniano. Ha sido el primero en encontrar características iguales entre ambos síndromes. Se caracteriza por una triada sintomática que según Souques son: rigidez, temblor y pérdida de los movimientos asociados y automáticos. A estos síntomas se agregan otros que generalmente completan el cuadro.

Otro de los fenómenos observables es la alteración del juicio. Siempre existe, y la forma delirante o tipo de delirio siempre depresivo puede ser variable y hasta polimorfo. El más frecuente es el hipocondríaco; caso 88. Otros puramente fóbicos o panfóbicos como el caso 314 (temor al fantasma blanco). Los hay místicos, de autoacusación, de indignidad, etc., pero ya en mayorcitas. La característica de este delirio es que nunca es primitivo; producto de una percepción equivocada, la falta de atención para la fijación de imágenes correctas, hace que las concepciones morbosas y los errores de imaginación, luchen primero para ser reprimidos pero terminan por imponerse a la conciencia y se establece el delirio, el cual día a día progresa y se extiende hasta dominar muchas veces totalmente el cuadro de la afección. No hablaremos aquí del síndrome de Cotard, forma delirante de la melancolía que reviste un pronóstico severísimo por su cronicidad y que no se ha obser-

— 453 —

vado todavía en niños. La auto-crítica generalmente está perturbada, caso 314 (en el cual la enferma lloraba y no sabía por qué, que creía se iba a morir pero no sabía por qué, etc.) Están orientados en tiempo y lugar y el nivel intelectual está de acuerdo a la edad del enfermo, salvo el caso 601, que una oligofrenia agravaba la sintomatología depresiva.

Nos referiremos seguidamente al carácter y a los actos de los deprimidos. El carácter es en general tranquilo, a veces con mutismo y negativismo, (caso 601) Otros son muy emotivos, (caso 88), en otros el humor es triste, apesadumbrado, se aíslan, no juegan con los compañeros, etc. (caso 314). En todos hay marcada abulia, les falta voluntad para hacer las cosas y prefieren apartarse en un rincón, aislarse de todo para dar rienda suelta a su vida interior llena de desdichas y sufrimientos, son verdaderos "masoquistas afectivos" Por tal motivo la sociabilidad también está perturbada consignéndose una gran disminución de la misma. En cambio la afectividad está exagerada, cualquier estímulo los hace sensibles y llorosos, la presencia de un ser querido les despierta el llanto y hasta el recuerdo más nimio es motivo de una crisis ansiosa. Esta hiperemotividad obliga a tratarlos con suma prudencia, pues un término mal interpretado acentúa la depresión y engendra la más de las veces, ideas de suicidio. La actividad psíquica y motriz está también disminuída, *prefieren quedar en cama*, si se levantan se arrinconan o se sientan o se acuestan de nuevo. Si interesantes son las alteraciones de la esfera intelectual y afectiva, *no deja de ser menos los actos de los deprimidos; los principales son el rechazo de los alimentos, las automutilaciones y las tentativas de suicidio.*

El rechazo de los alimentos es dable observar en los negativistas, (caso 601) y en los estuporosos (caso de Gareiso y Petre). Sin embargo, en los primeros es fácil vencerlo colocando el alimento en la boca lo degluten, y si se insiste, algunos terminan por comer voluntariamente; sin embargo, a veces es necesario recurrir a la sonda para alimentarlos, especialmente en los grandes negativistas y en los estuporosos. Las automutilaciones y las tentativas de suicidio son actos más graves, pues, a veces, terminan con la vida del enfermo. Nuestro caso 601 tuvo una tentativa de suicidio, y la 88 también en varias oportunidades, consiguiendo producirse algunas heridas superficiales en el cuello. Dice Gilbert-Robin respecto al suicidio de los niños, que una gran parte de estos se de-

be a la melancolía, debido a la frecuencia de las ideas de culpabilidad, se creen rechazados por los padres, maestros o compañeros; en otros las ideas delirantes los arrastra a ello y a veces el sufrimiento o una crisis ansiosa, o un raptus melancólico. En general en los suicidas hay una predisposición familiar y es fácil ver que miembros de una misma familia eligen el mismo procedimiento (caso de Legrand du Saulle, quien cita a una niña de 11 años con un síndrome depresivo e ideas de suicidio, la cual habiéndose lastimado en la garganta con una navaja de afeitar en una de esas tentativas, fué internada en un establecimiento apropiado. Días más tarde fué retirada por la familia contrariando las indicaciones de los médicos. Dos meses después estando en su domicilio se mata junto con dos hermanas falleciendo las tres jovencitas asfixiadas). El caso nos explica claramente la peligrosidad de estos enfermos, la tenacidad en la repetición de sus actos y la facilidad con que ganan adeptos a su perversión patológica.

El suicidio en los niños es producto de una falta de autocrítica, una desproporción de la apreciación de su mal con la realidad sintomatológica, agregado a esto el nefasto influjo del cine, las crónicas suicidas y policiales de revistas y periódicos; y cierta clase de literatura que lleva a espíritus predisuestos a realizar estos actos.

Establecido ya el período de estado, después de un tiempo variable, se llega al período final o de terminación. De tres maneras puede terminar un síndrome depresivo o melancolía. Por curación, es la más frecuente, a veces el acceso melancólico es único (caso 314); en otros puede al cabo de cierto tiempo, meses o años, volver a repetirse (caso 88). Otra forma es la muerte, en niños es muy difícil. La tercera, el pasaje al estado crónico, nuestro caso 601, egresó mejorado solamente, no hemos vuelto a saber nada de ella, pero dada su sintomatología (inferioridad mental y signos degenerativos) no sería nada difícil verla nuevamente con otro episodio o la acentuación del mismo.

La duración es larga. En dos de nuestros enfermos la afección tardó cuatro meses en curar, casos 88 y 314. En otro, el 601, a los 13 meses fué retirada por la familia mejorada solamente.

El diagnóstico es fácil, creemos no puede confundirse con otras psicopatías infantiles, tal vez con el estado depresivo de la esquizofrenia, pero el autismo, la discordancia, la ambivalencia, la pérdida de la afectividad, las estereotipías y la disminución glo-

bal de la inteligencia en esta última afección, hacen el diagnóstico fácil.

El tratamiento es importante; podríamos dividirlo en profiláctico y curativo. El primero previene la enfermedad y está en manos de los médicos y visitadoras de higiene mental; con sus consultorios ad-hoc despistan todo trastorno que exagerado puede llevar a la psicosis, y enseñan a la familia a modificar ese trastorno, esa actitud, esa modalidad de los niños predispuestos. Razón tiene Lereboullet M. P., de París, quien manifestó en la célebre segunda conferencia de la Asociación Internacional de Pediatría Preventiva realizada en Ginebra en septiembre de 1932 que: “La familia es el elemento esencial de la profilaxis mental y puede corregir la constitución hereditaria, pero a menudo la nerviosidad de los padres análoga a la de los hijos impide al medio familiar obtener sus éxitos. En muchas psicopatías, los padres son responsables por no haber desarrollado en ellos suficientemente el culto de la verdad y haber exagerado sus tendencias egocéntricas. Se priva al niño de la alegría indispensable que no excusa una cierta firmeza. El papel del maestro en la escuela y los deportes es también considerable”, añadiendo, “en Francia, existe el Comité Nacional para la infancia deficiente, y, organiza cursos especiales para educadores, médicos, enfermeros, etc., para conocer y tratar los trastornos psíquicos. Esto tiende a realizar la profilaxis de las neurosis”.

En Bs. Aires, la Liga de Higiene Mental, también tiene una serie de consultorios que presta sus servicios en forma eficiente, realizando así una importante función social, de la cual cabe esperar indiscutiblemente frutos muy halagadores. Respecto al tratamiento curativo, el aislamiento es el que debe imponerse de entrada, los beneficios que él reporta son inmensos, especialmente en esta clase de psicopatías, en que la familia es un inconveniente grande y perjudicial para el enfermo, tan es así que ha hecho decir a Exchanquet M. L. A., de Lausanne, en la ya citada Conferencia Internacional de Pediatría Preventiva de 1932 que: “Llama la atención de los médicos sobre la frecuencia de niños psicópatas que ingresan al hospital con diagnóstico de una afección orgánica que no presentan y que curan rápidamente bajo la influencia de la disciplina y del reglamento hospitalario. La educación familiar es más a menudo la causa de esos trastornos nerviosos; de estas dos modalidades, ternura y dureza, los padres olvidan a menudo la se-

gunda. La educación de los padres es difícil en razón de la divergencia de los métodos propuestos”.

Es preciso ser médico alienista, para darse cuenta del inmenso beneficio que tal procedimiento reporta al enfermo. Este aislamiento debe ser en establecimientos apropiados o cuando menos separado de la familia en casa de campo, con personal competente. Mouriquand M. G., de Lyon, dice: “El alejamiento de los niños nerviosos al campo modifica favorablemente la salud física y moral, particularmente de los numerosos inadaptables urbanos, nerviosos e hijos de nerviosos”.

En esta forma se vigila al enfermo y se evitan en lo posible las impulsiones suicidas al tiempo que completa la cura con medicación y dietética apropiada. Damos mucha importancia al régimen atóxico, lo instauramos sistemáticamente a todos nuestros enfermos, consistente en hidrocarbonados y escasas proteínas animales; exclusión absoluta de huevos, chocolate, condimentos y picantes. Combatimos la constipación con laxantes suaves, utilizamos con buen éxito la fórmula de sulfato de soda 10 grs., bicarbonato y fosfato de soda 5 grs. disuelto en un litro de agua a tomar uno a dos vasos al día. La opoterapia suprarrenal en forma oral e inyectable junto con vitaminas del tipo C es usada con relativo éxito. Donde exista hipofunción ovárica la tratamos con opoterapia homóloga y hasta heteróloga. La hidroterapia alivia mucho la ansiedad, los baños deben ser tibios a 36° en bañera y de duración variable de media hora, hasta una hora y más. El reposo en cama es de rigor, no abandonando la clinoterapia hasta modificación favorable del estado psíquico y físico. Los tónicos poco resultado han dado, no así los sueros clorurados, el hipertónico endovenoso lo preferimos al isotónico subcutáneo; también a la alimentación se le agregará más sal de lo habitual.

En nuestra práctica estos procedimientos son los que más han beneficiado a nuestros enfermitos.

OBSERVACIÓN N.º 1

Historia Clínica N.º 88: Parisia D., 13 años, argentina, talla 1.42 cms., peso, 29.200 gramos.

Ingresó: Julio 6 de 1934. Egresó: noviembre 15 de 1934.

Antecedentes hereditarios y familiares: El padre hace 15 años, estuvo afectado de una sintomatología gástrica caracterizada por dolores que le provocaban arcadas sin llegar al vómito. Tenía además anorexia, alimentándose únicamente con café con leche y pequeñas porciones de cal-

— 457 —

do, esta dieta se la había impuesto personalmente, porque según él, los dolores aumentaban con la alimentación. Con este régimen adelgazó grandemente, y recién después de aumentar la alimentación recuperó peso. Madre sufre de litiasis biliar.

Parisia nació a término, parto fisiológico. Nació bien. Primeras palabras al año. Caminó al 1 ½ año. Sarampión a los 7 años sin complicaciones. Son 10 hermanos vivos, no se consignan abortos ni hijos muertos.

Enfermedad actual: Hace 3 años, tuvo un episodio semejante, consecutivo a una angina simple de tipo gripal, según el Dr. Manilla. Se quejaba de dificultad en la deglución razón por la cual se negaba a alimentarse. A esto se añadió tristeza e insomnio, desmejorando su estado general, hasta que lentamente volvió a la normalidad habiendo durado ese episodio alrededor de 3 meses. Actualmente inicia un nuevo episodio a raíz de otra angina gripal, que contrajo hace un mes. Manifiesta que tiene gran disfagia que la impide alimentarse, a más añade: “*tengo la impresión de que se me despega algo de la garganta*”. El día antes de internarse, se puso afónica a tal punto que se hacía entender por señas solamente.

Estado actual: Cabello abundante, negro, seco. Cejas y pestañas largas y sedosas. Cara de sufrimiento, amímica, como intensamente dominada por un pensamiento interior. Actitud indiferente. De pie en la investigación del fenómeno de la poussée de Thevenard, tanto los músculos del plano anterior como los del posterior se contraen francamente. Gran hipotermia de las extremidades inferiores y superiores, mayor en estas últimas con gloss-skings, así como acrocianosis.

Movimientos activos y pasivos: Conservados. Movimientos asociados y automáticos: ausente. Taxia y praxia: conservadas. Tono y fuerza muscular: conservado. Marcha: desaparición de los movimientos asociados y automáticos de los brazos. Camina como envarada, con ligero levantamiento del hombro izquierdo, lo cual se acompaña de una escoliosis compensadora. Camina lentamente y como tomando precauciones, sin aumento de la base de sustentación con la cabeza fija mirando hacia adelante. Reflejos: hiporreflexia bilateral del patelar. Reflejo de postura positivo de ambos lados. Sensibilidad: conservada en todas sus formas. Facial amimia con motilidad conservada. Pulso hipotenso con frecuencia de 65 a 68 por 1'. Hipogloso. Presenta la lengua típica de los deprimidos con impresiones dentarias. Lenguaje: voz apagada, monótona; por momentos se constata afonía que se hace a veces durante el día tenaz, persistente por espacio de tiempo que se sostiene hasta 30 y 40 minutos y a veces más. El Dr. Podestá practica un examen laringoscópico informando que se observa muy discretamente rubicundez en las cuerdas vocales que no explican la afonía. Exploración del sistema nervioso vegetativo reflejo óculo-cardíaco francamente positivo. Maniobra de Czermack, positiva. Pruebas de Erben y Ortner, negativas. Reflejo pilomotor, negativo. Raya roja de Trousseau débil y poco opersistente. Exploración farmacodinámica, prueba de Lewi negativa. Prueba de la pilocarpina a la hora 60 cc. de saliva.

Examen psíquico: Enferma lúcida, orientada en tiempo y espacio. Llama inmediatamente la atención su aspecto de profunda tristeza, falta

- 458 -

en ella esa actividad motora y psíquica propias de las niñas de su edad. Su mirada es vaga, poco brillante, su facie es hipómimica y los rasgos faciales un tanto flácidos denotan también tristeza. Se encuentra preocupada por su garganta, le duele, no puede deglutir, causa que le impide alimentarse. Lloro por esta causa, con un acento apagado, sin ninguna aparatosidad, llora para ella y se queja con acento lastimero. Existe un profundo grado de depresión psíquica que acompaña un marcado grado de depresión motora, astenia y abulia. Se deja estar, no hace de su parte nada por salir de ese estado que tanto la aflige. La atención voluntaria y espontánea interna están exageradas. Introspección casi permanente. Se interesa poco de lo que pasa a su alrededor y es indiferente a la alegría de sus compañeras. Se lamenta de su situación, de que no puede tragar, etc. Atención voluntaria y espontánea externa muy disminuída. La



Figura 1.—Observación N.º 1. Al entrar al Servicio

memoria está perfectamente conservada, y, si a veces evita algunas preguntas con un "no sé", es para eludir el interrogatorio que la molesta y la fatiga. Es muy emotiva, todos sus actos así como su conversación van acompañados de una fuerte carga emotiva. Al recordarle sus padres, sus hermanos, llora con lágrimas que impresionan por su sinceridad. Los procesos asociativos casi siempre acompañados de emoción, están de acuerdo a su edad y aún por encima de ella. En cuanto al juicio y al razonamiento se hallan perturbados por esa estrechez del campo de la conciencia que hace predominar sus ideas de tinte melancólico sobre cualquier otro razonamiento. Es esta misma estrechez del campo de la conciencia la que perturba su auto-crítica, lo que hace exagerar la apreciación del valor de su sintomatología. En resumen: *personalidad psíquica con profunda depresión melancólica e hiperemotividad acompañada de astenia motora.*

— 459 —

Punción lumbar: Acostada tranquila. Tensión inicial 22, final 14, cantidad extraída 6 cc. Man de Queckenstedt, alta 30, baja 25. Análisis. Prótidos, 020 %. Globulinas negativas, 0.8 linfocitos por mm.c. Reacción de Wassermann en sangre, negativa

Evolución (julio 20 de 1934): Su estado psíquico no ha variado mayormente predominando siempre su estado de profunda tristeza, astenia y abulia. Sigue lamentándose de su situación, de que no puede tragar porque algo se le ha desprendido de la garganta. Pide insistentemente que el especialista le examine, pero efectuado este examen, persiste su idea hipocondríaca. Tiene momentos de angustia e intenso llanto abrazándose fuertemente de la persona que está a su lado; hermana de servicio, médico o enfermera. Su resistencia para tomar alimentos cede generalmente a la persuasión en el momento de la distribución de la comida y debe repetirse cada vez. En ciertas condiciones ha sido necesario el

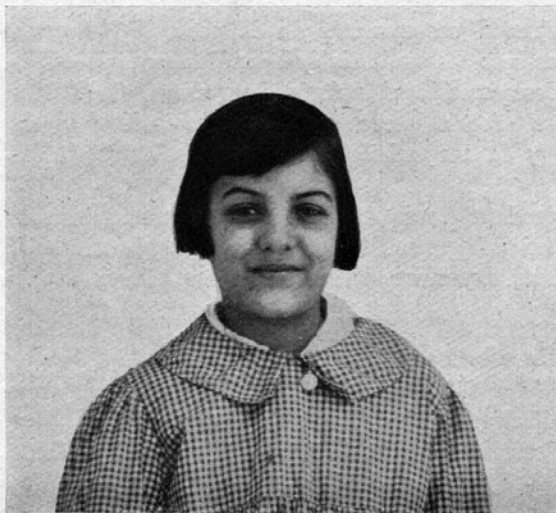


Figura 2.—Observación N.º 1. Al abandonar el Servicio

sondaje. Persiste la afonía y la amimia. Manifiesta no poder seguir vi-
viendo así.

30 de agosto: Ayer a las 7 y $\frac{1}{2}$ de la mañana fué sorprendida en el cuarto de baño en el momento en que se practicaba en la garganta incisiones con un cuchillo de mesa de filo no cortante. Anteriormente hizo iguales maniobras con un termómetro que arrebatado de las manos de la enfermera, lo rompió y con uno de los trozos se hizo algunas escarificaciones en el cuello pero sin mayores ulterioridades.

31 de agosto: Peso, 31.900 gramos.

24 de septiembre: Sigue alimentándose bien, ya no habla de sus dolores que le impedían deglutir. Costó grandemente convencerla que no tenía nada en la garganta, pues los diversos procedimientos de sugestión

puestos en práctica, tales como choques de inducción en la región del cuello, chispas, tópicos de azul de metileno, etc., no producían ninguna reacción. Actualmente ha mejorado grandemente en su estado de nutrición. Pesa 36 kilos. Acrocianosis de ambas manos con hipotermia y sudación discreta. Permanece aún indiferente, la atención voluntaria y espontánea siempre muy disminuía. Ya no llora, pero ambula con su aire de profunda tristeza por la sala diciendo insistentemente “cuándo me voy a mi casa”. Ha hecho una tentativa de fuga, el 6 de septiembre robó la llave de la sala para que la serena no pudiera cerrarla. A las 5 de la mañana saltó la pared del Hospital, pues quería ir a su casa; caminó hasta la esquina y allí la tomó de la mano una persona que la entregó al vigilante, conducida a la comisaría fué traída de nuevo al hospital. Al preguntársele cómo hubiese podido ir a su casa si no tenía dinero, no contesta. Tampoco lo hace si se le dice que tanto el omnibus como el tranvía que pasan por la esquina no la llevan a su casa, que está ubicada en Liniers.

20 de octubre. Sigue aumentando de peso, 37.900 gramos.

3 de noviembre: La reflectividad tendino-músculo-cutánea se ha normalizado, ha desaparecido el reflejo de postura de Thevenard-Foix. La deambulación se efectúa correctamente observándose la desaparición de su envaradura y la reaparición de los movimientos de balanceo de los brazos.

15 de noviembre: Se la dá de alta en perfectas condiciones. La mejoría una vez iniciada se mantuvo en franca tendencia hacia la sanación. Risueña, contenta, expansiva, manifestaba una franca euforia.

OBSERVACIÓN N° 2

Historia clínica N.º 314. Aurelia F., 11 años, argentina, talla, 1.40 cms., peso, 31.400 gramos.

Ingresó: Enero 31 de 1936. Egresó: junio 18 de 1936.

Antecedentes hereditarios y familiares: Los padres vivos y sanos. Han sido cinco hermanos, de los cuales falleció uno a la edad de 13 años, de un flemón de la región submaxilar. La madre ha tenido 4 abortos, dos espontáneos y dos provocados. No ha habido prematuros. La hija menor tiene poliaquiuria, cuya causa desconoce la madre.

Nacida a término. Parto espontáneo, condiciones al nacer normales. Conoció a la madre a los 6 meses. Pronunció las primeras palabras y caminó a los 20 meses. Ha sido considerada como niña normal estando cursando el 5.º grado de la escuela primaria. Alimentación a pecho durante 9 meses, luego alimentación mixta.

Enfermedad actual: El día 24 de diciembre de 1935, después de colocarse unas zapatillas que le tiñeron los pies con anilina, es atacada por palidez intensa y cianosis, que le duró 24 horas, acompañada de palpitaciones y sensación de ahogo. Estos dos últimos síntomas se han prolongado hasta la fecha. Tiene además temblores, sudores, es muy aprensiva (tiene miedo de tener alucinaciones); se ha vuelto muy temerosa, quiere estar siempre al lado de la madre; tiene además accesos frecuentes de

461

llanto, porque teme ser víctima de la muerte como su hermano fallecido. Ha rebajado de peso a pesar del aumento de las ingestas. Duerme bien.

Estado actual. Decúbito activa e indiferente. Llama la atención la falta de actividad. Sus movimientos son un tanto perezosos, llenos de desganado, francamente patológicos en una niña de su edad. Ligero grado de hipotonía generalizada. Fuerza muscular conservada, dinamómetro mano derecha 16, izquierda 16. La marcha se efectúa correctamente estando conservados los movimientos asociados y automáticos de los brazos. Reflejos tendino-cutáneo-mucosos sin particularidades. Sensibilidad conservada. Ligero grado de hipomimia. Los demás pares craneales sin particularidades. Voz monótona, de timbre bajo por momentos quejumbroso. Examen de otros órganos: buen estado general y de nutrición, niña que ha perdido peso. Piel blanca y sana. Esbozo de vello pubiano. Desarro-



Figura 3.—Observación N° 2. Al entrar al Servicio

llo mamario inicial. Aparato circulatorio sin particularidades, 95 pulsaciones por 1'. Aparato digestivo lengua saburral e impresiones dentarias. Reacción de Wassermann, positiva (Prot. 310) Sangre: fórmula leucocitaria. neutrófilos 62 %, eosinófilos, 1 %; linfocitos, 36 %; monocitos, 1 % (Prot. 4364)

Psiquismo. Niña que se presenta al examen con modales suaves; mímica y actividad escasas. Su mirada es triste, su voz monótona y baja; por momentos llora y llora incesantemente, no sabe por qué, tiene deseos de llorar, otras veces dice que teme morir como su hermano. En otras ocasiones, dice que lo hace, porque teme pueda aparecerse esa imagen blanca que ella cree ver, cuando un foco luminoso hiere su retina, y que ella imagina un hombre blanco, que no es otra cosa que un fantasma.

— 462 —

Esta imagen mental, incoercible, provoca en la niña una intensa crisis de ansiedad. Su "humor" es triste, apesadumbrado; no siente deseos de jugar, le falta la voluntad para hacer las cosas y prefiere, reconcentrada en su tristeza, apartarse en un rincón. Dice la niña que esta circunstancia se hace más marcada al caer la tarde.

Su actividad psíquica y motriz está muy disminuída, hecho que hace fuerte contraste con el estado de actividad psicomotriz de las niñas de su edad. La memoria, la atención, la asociación de ideas, son normales para su edad; pero los procesos psíquicos se realizan con lentitud y son fatigantes. Franca introspección. La crítica de los hechos que se realizan en el exterior de su personalidad está bien conservada, no así la auto-crítica; llora no sabe por qué o porque se siente triste, sin atribuir el estado a una causa determinada. Se va a morir ¿por que? no lo sabe, pero teme morir.



Figura 4.—Observación N.º 2. Al ser dada de alta

La inteligencia está desarrollada de acuerdo a la edad. Ha cursado 4.º grado aunque con notas bajas, porque según la enferma, "su cabeza no estaba para estudiar". El estado depresivo que tiene, hace que muchas veces ella debiera responder prontamente, pues conoce el asunto, no lo hace, se limita a mirar a todas partes, y dice un tanto malhumorada, "yo no me acuerdo". Es una niña dócil, agradable; su lenguaje es correcto, se expresa claramente en todas las ocasiones. Dice estar más tranquila y serena en el Hospital, que quiere permanecer en él a fin de curarse prontamente.

La madre es una hiperemotiva. Manifiesta que ha tenido también episodios de tipo depresivos. Por su estado de emotividad exaltada, ha costado mucho convencerla de que debía dejar a su hija en el servicio. Concerniente al primer episodio inicial del padecimiento de Aurelia, de-

— 463 —

be consignarse lo siguiente: la madre tiñó de negro los zapatos que usaba la chica, porque debía vestirla de luto después de la muerte del hermano. La enferma creyó que la anilina estaba envenada (primera obsesión inicial, que trajo gran estado de angustia). Respecto al miedo de tener alucinaciones que alude desde su entrada al servicio, manifiesta que es un fantasma blanco que se le apareció cuando el fallecimiento de su hermano.

Evolución (7 de febrero de 1936): El cuadro psíquico mejora día a día. La angustia, el llanto y el miedo a la aparición del fantasma han desaparecido. Su físico acusa una franca mejoría, sonríe cuando se le habla. Existe euforia y manifiesta que está francamente bien, que tiene buen apetito y que los remedios que toma la van a curar. Se interesa por todo lo que pasa en la sala, ayudando a repartir la comida y alimentar a los más pequeños.

Mayo 22 de 1936: Todo el cuadro descrito ha desaparecido, permitiendo considerar como sana a la enfermita.

Junio 18 de 1936: Egresó en condiciones totalmente satisfactorias.

OBSERVACIÓN N.º 3

Historia clínica N.º 601: Aída D., 12 años, argentina.

Ingresó: Junio 17 de 1938. Egresó: enero 23 de 1939.

Antecedentes hereditarios y familiares: Padre falleció hace 1 año de pleuresía a los 50 años. Madre sana, de 42 años. Tiene 5 hijos vivos, son sanos. Ha tenido dos hijos muertos, uno nació muerto, otro a los tres meses, ignora causa. Un aborto de 40 días espontáneo; ambos antes que naciera Aída. Abuelos paternos fallecidos, ignora causa. Abuelos maternos fallecidos, abuela de lesión cardíaca, el abuelo de asma bronquial. No han en los ascendientes trastornos psicopáticos.

Antecedentes personales: Nacida a término. Parto normal pero con placenta previa y abundante hemorragia. Pesaba al nacer 3.500 grs., sana.

A los 6 meses comenzó a conocer a los suyos. A los 10 meses ya hablaba bien y al año y meses caminaba. Ha cursado la escuela hasta 2.º grado, pero no aprendía. Criada a pecho hasta pasado el año. Ha padecido sarampión a los 2 años y difteria a los 8. En marzo de este año menarquia, normal el primer mes, el 2.º mes deficiente, y, desde entonces amenorrea, coincidiendo con la agravación de su cuadro actual. Siempre ha sido considerada como una chica delicada y con algunas rarezas.

Enfermedad actual: En diciembre del año pasado, nota la madre temblor en la mano y muy medrosa. Interrogada al respecto manifestaba que se encontraba así por la muerte del padre, que le había afectado grandemente. Se alimentaba mal y su sueño era intranquilo y con sobresaltos. En enero consulta en el Hospital de Niños (Consultorio Externo); mejorando con el tratamiento instituido. En esa época agrega a su tristeza gran decaimiento, permaneciendo acostada o sentada, caminaba con dificultad, cayéndose fácilmente, por cuyo motivo no salía de casa. En mayo al no

— 464 —

aparecer la menstruación se acrecienta este cuadro, comenzando a tener dificultad para expresarse, por cuyo motivo nos consultan nuevamente, resolviéndose su internación.

Estado actual: Decúbito activo e indiferente, realizando los cambios de posición con una bradikinesia bien manifiesta. Buen estado general, regular estado de nutrición y discreto panículo adiposo. Piel blanca, lisa, elástica, seca. Sistema óseo y muscular, sin particularidades. Amimia marcadísima, tiene su facie fijada, así como su cabeza, párpados más bien bajos, su mirada es lo único que realmente tiene vida en la cara. Cráneo sub-braquicéfalo de 56 cms. de circunferencia. Labios rosados, lengua ligeramente saburral, hipotónica, deja discretas impresiones dentarias. Los movimientos activos se realizan en todos los segmentos correctamente, pero con gran lentitud (bradikinesia). Los movimientos pasi-



Figura 5.—Observación N.º 3

vos se realizan en todos los segmentos dentro de la laxitud articular normal. En ciertos momentos hay que vencer cierto estado de rigidez obteniendo en esas circunstancias un esbozo del signo de Negro, o “rueda dentada”. Hay un ligerísimo temblor fino en la posición de juramento, lo mismo se aprecia en la lengua. Movimientos asociados y automáticos: la prueba de Souques con la silla es negativa; la enferma tiene dificultad para iniciar la marcha, vencida ésta, camina con facilidad. Tono muscular: hipotenia generalizada pero discreta. Taxia y praxia conservadas. Fuerza muscular disminuída al dinamómetro, mano derecha e izquierda 5. Estación de pie y deambulación: dificultad para comenzar a marchar, vencida ésta se realiza con las características de la bradiquinesia. Reflejos todos normales a excepción del patelar que se encuentra vivo. Sensibilidad conservada en todas sus formas. Pupilas desiguales, irregularmente ovoides, excéntricas, dis-

— 465 —

cretamente midriáticas. Amimia, la enferma tiene fija sus facies, ordenándole que ría o llora, sólo realiza un rictus que no es risa ni llanto. Pulso, 100 por minuto, rítmico e igual. Lenguaje, casi monosilábico. Responde estrictamente a lo que se le interroga, siendo la articulación de la palabra buena.

Psiquismo: La enferma se presenta al examen tranquila, atención espontánea conservada, lo mismo que la provocada. No parece existir trastornos de la percepción. La memoria es imposible de investigar dado el mutismo. Ideas delirantes de tipo polimorfo, con automutilicaciones sin llegar en ningún momento a realizar nada que pusiera en peligro su vida. Bien orientada en tiempo y lugar. Auto-crítica ligeramente perturbada. Después de varios interrogatorios, se consigue que manifieste que le duele el cuello, posiblemente por la actitud de fijeza de la cabeza. Carácter tranquilo. Mutismo. Poco sociable. Franco estado depresivo con amimia y negativismo. En la sala ha presentado algunas reacciones contra su persona en forma de tentativas de suicidio, sin llegar en ningún caso a lastimarse.

Reacción de Bordet-Wassermann en sangre: Positiva. (Prot. 341).

Fórmula leucocitaria: Neutrófilos, 61 %. Eosinófilos, 1 %. Linfocitos, 32 %. Monocitos, 6 %.

Evolución (agosto 16 de 1938): La enferma tiene crisis de llanto ruidoso por cualquier futilidad, el hecho de que la visiten y se retiren luego, es motivo para que prorrumpe en llanto con gritos. Conversa algo más, pero es reacia a hacerlo con las compañeras, revelando así muy poca sociabilidad. Indiferente a toda distracción, no quiere, o no le agrada leer, jugar con las otras enfermas, etc. Cuando se la levanta se aísla o se hamaca sola, no participando de las actividades de las demás. La atención siempre conservada. No ha vuelto a repetir reacciones contra su persona. Nótasela más tranquila, pero siempre con su estado depresivo y tendencia al llanto. Desde su entrada al servicio ha sido tratada con Folvirasa Sero, Miostenina, Surrenal Biol, Ascorbotrat y régimen dietético tipo atóxico.

Setiembre 14 de 1938 Por motivos fútiles llora, ejemplo porque le ponen una mesa rota, o un delantal que no le gusta, o porque se le hace una broma, todo eso es motivo para desatar un incontenible llanto, acompañado de llamado quejumbroso a la madre. La actividad ha mejorado en forma bastante acentuada, notándose aún depresión psíquica.

Enero 23 de 1939: Con muy pocas variaciones, es retirada en la fecha por la madre.

OBSERVACIÓN N.º 4

A continuación insertamos la historia clínica de un caso de melancolía con estupor, estudiado por Aquiles Gareiso y Alejandro J. Petre.

Historia Clínica N.º 189.—Pedro D., 12 años, ruso.

Ingresó: Marzo 11 de 1932. Egresó: Mayo 30 de 1932.

Antecedentes hereditarios: Padres viven y dicen ser sanos; abuelos paternos y maternos viven; tiene 5 hermanos que son considerados como

de desarrollo psíquico y físico normal; la madre ha tenido 2 abortos espontáneos de pocos meses de embarazo.

Antecedentes personales: Nacido a término de parto normal. Lactancia materna. Habló y caminó al año. Tuvo sarampión a los 3 años. El desarrollo físico es normal. En cuanto al psíquico manifiesta el padre, que no fué diferente del de sus hermanos, concurriendo a la escuela donde era considerado como un niño normal, aprendiendo con buena escolaridad.

Principio de la enfermedad: Comienza hace un mes. En esa fecha encontrándose jugando con otros compañeros, fué corrido por un hombre, presumimos por alguna diablura propia de la edad; el enfermito se hecha a correr, llegando a su casa jadeante y manifestando que lo perseguía una persona, que iba armado de un revólver y que lo quería matar. Este hecho seguramente mal interpretado por el niño, prodúcele un intenso choc emotivo. Desde ese momento permanece lloroso, busca arrinconarse, se retrae rehuyendo toda compañía, negándose a hablar, alimentándose en forma escasa, tiene insomnio e ideas delirantes de tipo hipocondríacas (se queja de dolor al estómago). Esta situación se prolonga tendiendo a la acentuación de los síntomas, por lo que resuelven traerlo al consultorio de enfermedades nerviosas de este hospital.

Estado actual: Enfermo que se presenta al examen en actitud de envaramiento; parece que fuera de una sola pieza, hombros y cabeza gachas en actitud de media luna. La marcha es lenta, pausada con pérdida de los movimientos asociados y automáticos de los brazos. Al ordenársele que corra, al principio lo hace con un poco de dificultad, pero inmediatamente realiza este acto en perfectas condiciones y en evidente contraste con su hipocinesia, y por algunos momentos acinesia. Salta perfectamente, notándose la agilidad propia de los niños de su edad. (Cinesia paradójal) Acostado permanece en decúbito dorsal con los brazos extendidos a lo largo del cuerpo, con antebrazos en ligera flexión y la mano en flexión un poco más pronunciada sobre el antebrazo. Los miembros inferiores en extensión. La cabeza en flexión sobre el tronco de manera tal que el mentón se aproxima a la región pectoral. En esta actitud permanecería un tiempo casi indefinido, si no fuera por la exigencia del examen que lo obliga a cambiar de actitud. Sentado lo hace sobre el borde de la silla, las manos en ambos muslos y la cabeza siempre en flexión pronunciada. *Facies:* El juego mímico de los músculos faciales está enormemente perturbado. La expresión es inmóvil, fija y se aprecia lo que se ha descripto con el nombre de "estupidez ansiosa" En ciertos momentos llora y apenas si cambia la mímica, notándose solamente que entreabre la boca y contrae discretamente los músculos de la frente. *Rigidez muscular:* Se aprecia una discreta rigidez muscular generalizada, la que no es muy pronunciada sino para la cabeza, en la cual es evidente y sostenida, costando gran trabajo el cambio pasivo de actitud. Esta rigidez no le impide la realización de los actos comunes de la vida cotidiana. *Mov. activos:* Son posibles en todos los sectores musculares pero se hallan perturbados por la rigidez muscular que hace que sean lentos, dificultados.

— 467 —

tosos, retardados. La dificultad es mayor al comienzo de todos los movimientos activos. Mov. pasivos Es posible comprobar la rigidez muscular que si bien es discreta, es también generalizada. Donde se encuentra más dificultad para realizarlos es en la cabeza en su relación con el tronco, aquí la rigidez muscular es pronunciadísima. Fuerza muscular: De difícil investigación, es posible afirmar que ella está conservada. Mov. automáticos y asociados: Estos movimientos están completamente abolidos. Le pone en evidencia la falta de movimientos asociados y automáticos normales de la marcha y de los cambios de actitud, ya al sentarse, ya al darse vuelta, en que los realiza como si estuviera soldado o fuera de una sola pieza. En la prueba del molinete de Souques, el miembro pasivo permanece pegado al tronco, sin esbozar el menor movimiento; en la prueba de la inversión del tronco hacia atrás, del mismo autor, las piernas permanecen flexionadas sin esbozar la más leve extensión, movimiento que se observa en sujetos sanos. Mov. involuntarios: En la maniobra clásica del papel sobre la mano, en posición de juramento puede apreciarse un ligerísimo temblor en las extremidades superiores en su parte distal. Temblor de oscilaciones cortas y rápidas. La cabeza no tiembla, y tampoco puede comprobarse dicho síntoma en los miembros inferiores. Signo de Negro o rueda dentada, se observa a nivel del codo, muñeca y rodilla. Signo de Heldenberg, positivo para los miembros superiores. Reflejos de postura de Thevenard y Foix, bien evidentes manteniéndose en forma prolongada. Reflejo óculo-cardíaco negativo. Sensibilidad normal en todas sus formas. Reflejos mucosos, cutáneos y músculos tendinosos normales.

Existe raya blanca de Sergent, de aparición nítida y persistente. Tensión arterial Mx. 10 $\frac{1}{2}$. Mn. 6 $\frac{1}{2}$, al Vaquez Laubry

Psiquismo Enfermo en negativismo, no contesta a las preguntas que se le formulan; de tanto en tanto se consigue algún monosílabo, "sí" o "no"; otras veces contesta con un gruñido como de fastidio. Cumple tardíamente, después de un tiempo perdido, las órdenes que se le dan y en forma torpe y pesada. En otros momentos llora notándose este estado, únicamente por las lágrimas que corren por sus mejillas, pues su rostro es grandemente amímico. Permanece quieto por espacios de tiempo sumamente largos, y aparentemente indiferente, impresionado como si se encontrara con un estado de intensa vida interior.

Examen de sangre, fórmula leucocitaria Neutrófilos, 44 %. Linfocitos, 54 %. Monocitos, 2 %. (Fdo. M. Vergnolle)

Reacción de Bordet-Wassermann Positiva débil. Metabolismo basal en el aparato de Krogt + 2 (Clín. Dr. Obarrio) Uremia, 6.60 grs.‰. Glicemia, 1.20 grs.‰. Tasa de glucemia en límite normal superior, y cantidad de urea en sangre alta, revelando insuficiencia en la glicoregulación y trastornos en la excreción de la urea, casi siempre de mecanismo difícil de comprobar y no unívoco. (Targowla y Lamache: Síndrome biológico de los estados melancólicos). Tratamiento. Dieta atóxica. Evacuantes intestinales. Estimulantes hepáticos. Clinoterapia. Baños de inmersión tibios y prolongados.

— 468 —

Evolución (Marzo 21): Enfermo muy mejorado. La rigidez muscular va desapareciendo rápidamente. Facie que recobra su juego mímico. Negativismo desaparecido. Actividad mucho mejor. Estado depresivo atenuado enormemente.

Marzo 25: El niño ha recobrado completamente su estado anterior de salud, habiendo desaparecido ya completamente el cuadro neuropsíquico que motivara su consulta. Se recomienda un tratamiento antilúético.

Mayo 30: Citamos al enfermito al consultorio, a donde concurre, comprobándose nuevamente su estado de normalidad. Se insiste nuevamente en la necesidad de efectuar un tratamiento antisifilítico.

CONCLUSIONS

1.º Los síndromes descriptos son frecuentes en la infancia y deben ser conocidos por todos los pediatras.

2.º Su cuadro clínico es sencillo y fácil. El diagnosticarlo, no es árduo problema si se estudia la psiquis del niño.

3.º Corresponde el médico pediatra cuya acción es tan vasta y beneficiosa no sólo despistar al enfermo o presunto psicópata, sino llevar su misión de médico a realizar una obra social, actuando profilácticamente en los padres e hijos, aconsejando y modificando las causas que la herencia y la educación errónea puede acarrear.
