

Sesión científica del día 4 de mayo de 1931.

PRESIDENCIA DEL DR. PI SUÑER

Astasia-abasia infantil de forma grave y curación rápida.

POR EL DR. JAIME GUERRA ESTAPE

La astasia-abasia infantil no es una neurosis frecuente, si he de juzgar por el número de casos publicados y por mi experiencia personal. Pero aun así, no deja de ser clínicamente bien estudiada a partir de 1888, en cuya fecha publicó su trabajo Blocq, aunque se ignore a estas horas su verdadera etiología y el proceso patológico que la determina; mas la ocasión de poder observar un caso notabilísimo, bajo muchos conceptos, en el último curso académico, he juzgado que no oiríais mal su relato, por cuanto, además de aumentar nuestro caudal bibliográfico, serviría también para que tuviésemos presente en nuestra memoria la posibilidad de que venga a nuestra observación algún caso insólito que nos lleve de la mano a graves equivocaciones.

Procuraré ser lo más breve posible en la exposición de lo pertinente a la comunicación que figura en el orden del día.

En 23 de marzo del próximo pasado año trajeron a mi visita a una niña de nueve años, L. C. y F., natural y habitante de la vecina ciudad de Badalona, porque, según sus padres, hacía unas tres semanas no tenía apetito, estaba siempre intranquila, había adquirido el vicio de hacer visajes extraños y no podía dormir, pasando las noches desvelada, dando gritos.

Dijeron que durante dicho tiempo la habían visto varios médicos, y que, en vez de mejorar la niña, ellos, los padres, veían que cada día estaba más desvelada más inapetente y se ponía peor, de suerte que, habiéndose lamentado de ello, les habían dicho cómo la enfermedad no tenía remedio, por estar enferma del corazón, y probablemente se le formaba un mal grave en la cabeza, sin que supiesen expresar cuál les habían dicho.

Antecedentes hereditarios. — La enfermita es la primogénita de matrimonio joven, y de edad casi igual los dos cónyuges. El padre, de carácter movedido y activo, locuaz, asegura que no ha tenido nunca ninguna enfermedad, a no ser alguna indisposición cuando era muy pequeño; la madre dice que siempre fué muy nerviosa, que tuvo buena salud para trabajar hasta hace seis años, por cuyas fechas enfermó de una fiebre tifoidea mientras estaba en cinta de una segunda hija. Siempre bien reglada, ha tenido tres partos normales, sin ningún aborto. El primero y el tercer embarazos, normales; durante el segundo sufrió la fiebre tifoidea, como ya se ha dicho.

Añadió que trabaja y hace las faenas de su casa y cuida de sus tres hijos, sintiéndose muy nerviosa, especialmente después que hubo criado su tercer hijo, que tiene ahora dos años, y sobrevenir la enfermedad de la niña que acompañan, que, no sosegando en todo el día, no la deja descansar en las noches.

De los abuelos dan buenas referencias sobre su salud, no recordando de qué murieron; sólo del paterno dicen que era alcohólico; de parientes colaterales no tienen recuerdo de que ninguno tuviese enfermedad nerviosa, ni saben de qué murieron los fallecidos, estando buenos los que viven. La hermanita de seis años tiene alguna dificultad en pronunciar algunas palabras; el niño está bueno y sano.

Antecedentes personales. — Ya dije que la niña de que tratamos es la primogénita del matrimonio, nació de embarazo y parto normales y sin ningún defecto apreciable. Fué amamantada por la madre hasta los dieciséis meses, durante cuyo tiempo sufrió algunos desarreglos de vientre; cuando tenía un año sobrevinole un ataque nervioso, que duró dos o tres horas, calificado por el médico que la asistió de *tetania por empacho*.

Después, sin precisar la fecha, contrajo el sarampión.

Inteligente, habló pronto, y fué siempre muy movедiza, como su padre, pero aplicada en el colegio.

Siempre ha sido muy irregular en el apetito y caprichosa en el pedir la clase de alimentos. Esto no la ha privado de hacer su crecimiento normal.

Hace unos dos años se ha quejado alguna vez de pequeños dolores en las piernas y en los brazos, a lo que no se ha dado importancia, por desaparecerle pronto.

Pero en lo presente, dicen, hará como unas cinco semanas, comenzó a quejarse de dolor en la rodilla derecha, sin apreciarle hinchamientos de ninguna clase ni rubicundez de la piel, pero que le privaba el tenerse en pie y de andar, y al cabo de unas dos semanas comenzó a hablar con alguna dificultad, hacer visajes extraños y contorsiones con la boca, a estar muy agitada, moviendo irregularmente las manos y las piernas y pasando las noches sin dormir y gritando o quejándose siempre.

Se practicó la cutirreacción de Pirquet y la reacción Wassermann, que resultaron negativas.

Estado actual.—La nena, de estatura proporcionada a la de sus padres, mejor bajos que altos, delgadita, pero no desnutrida.

La expresión de su cara, inteligente, pero con visajes y contracciones de párpados y boca; verdaderos tics. Con dificultad en hablar, siendo imposible entender las respuestas de la enferma.

Los miembros, agitados por movimientos involuntarios e incoordinados. La marcha, vacilante e insegura, andando torpemente; sostenida por su padre; las contracciones para la marcha, muy irregulares.

Pidiéndole que estuviese quieta, lograba un reposo de unos segundos, repitiéndose en seguida los movimientos, aun con mayor intensidad, más agitados e irregulares que antes.

Dados los bruscos movimientos de la nena, era difícil hacer un examen de la enfermita, a lo que contribuía el azoramiento de sus padres; sólo pude sacar en claro que la niña estaba inapetente, con digestiones pesadas, con astricción de vientre, sin tenerle muy abultado; que orinaba bien y sólo alguna que otra noche había enuresis.

No hallé dolorosa ninguna región del cuerpo; tan sólo se quejaba de la rodilla derecha, en la cual objetivamente nada se encontraba; siendo de notar que dejaba de ser dolorosa si se podía distraer la atención, muy ligera, de la niña.

Como mis compañeros habían hablado de lesión de corazón, hice cuanto pude para examinar el órgano, del que sólo llegué a encontrar que latía 120 veces por minuto y un soplo sistólico breve, de primer tiempo, en la punta, bien apreciable. Sin fiebre, ni antes, ni ahora.

No quedé satisfecho de mi examen de la enferma, ni de los datos recogidos, para formar un juicio cabal, pero debo decir, con toda ingenuidad, que puse en mis notas el diagnóstico de corea con un interrogante, habiéndome dicho databa de tres semanas. De momento se explicaba la existencia probable de la corea por las condiciones climatológicas de la vecina ciudad, de que procedía la nena, sus antecedentes, y el soplo cardíaco encontrado.

Regularicé la alimentación de la pequeñita, encargué que la librasen de toda suerte de emoción, que evitasen, sobre todo, las visitas del vecindario y parientes, que no comentasen nunca la enfermedad a oídas de ella; corrigiesen la astricción de vientre por medio de enemas, y dada mi confianza en el arsénico como buen agente contra la corea, prescribí que la diesen de tres a seis gotas diarias de licor de Fowler y dos cucharadas, una por la mañana y otra a la noche, de una fórmula con bromuro de potasio y tintura de gelsemio.

Inseguro de mi diagnóstico, aunque parecía probable, encargué a los padres que no tardasen más de dos a cuatro días en traerla nuevamente a la visita.

A los cuatro días vino el padre, gozoso, a decirme que la nena estaba más tranquila, con más apetito, que había dormido a buenos ratos en las noches anteriores, y en la última había llegado a dormir doce horas, tranquila y sin ningún movimiento, como si estuviese buena, y que en vista de ello no la habían traído. Despierta la enfermita, volvía otra vez a sus movimientos y agitaciones, pero más moderados.

En 12 de abril volví a ver a la enferma, mucho más sosegada; habían desaparecido casi las contracciones coreicas y, con gran sorpresa mía, no había taquicardia, y por cuidado que puse en explorar el corazón, lo que fué sumamente fácil, por más docilidad y reposo de la enferma, no hallé el soplo cardíaco encontrado en mi primera visita. Esto, con el sosiego tranquilo de la niña y la des-

aparición de las contracciones musculares, de aspecto coreico, mientras estaba acostada, me llamó extraordinariamente la atención y tuve la idea de que no se trataba de un caso de corea común, ni de una lesión anatómica del corazón. Con todo, en vista del resultado casual o terapéutico obtenido, en el espacio de quince días, repetí los mismos consejos e igual tratamiento; pero disminuidas las dosis.

En 15 de abril, o sea a los tres días de la visita que acabo de relatar, vino su madre diciendo que, a pesar de la mejoría (para ella la gran mejoría consistía en que les daba buenas noches, bien distintas de las que habían pasado en vela durante cuatro semanas), hacía dos días que no hablaba, lo que ellos atribuían a testarudez, y en la mañana de dicho día 15, al levantarse de la cama, habían visto que estaba paralizada de las dos piernas y no había manera de sostenerla en pie.

En 18 de abril, veinticinco días después de mi primera visita, y tercero después de la parálisis súbita de las piernas y de la mudez, pude hacer un examen completo de la enferma, variando mi diagnóstico provisional.

La enferma había cambiado totalmente de aspecto: como se alimentaba con más orden y dormía bien, tenía un aspecto más agradable, a lo que contribuía el haber cesado del todo los tics faciales y los movimientos coreicos.

El lado desagradable era el mutismo y la paraplejía, que tan súbitamente habían aparecido.

La nota que tengo a la vista dice: Los miembros inferiores, paralizados. Cogiéndola por debajo de los sobacos es imposible que se sostenga en pie y haga el más ligero esfuerzo para sostenerse; las piernas se doblan sobre los muslos, y éstos, sobre el abdomen. Sostenida, no puede mover ninguna de las dos extremidades: se cae, como si sus miembros fuesen de goma.

A pesar de la inapetencia de la nena en el comienzo de estar enferma y ser delgadita, está bien nutrida; no presenta signos de pubertad próxima.

El esqueleto no muestra ninguna anomalía. No hay dolor en ninguna articulación. La sensibilidad cutánea, averiguada hasta la exactitud, en lo que es posible a su edad, parece del todo normal, tanto táctil como térmica.

No hay anestesia conjuntival; no se ha podido averiguar la extensión del campo visual, cuya alteración es rara en los niños.

Oye perfectamente, aunque distraída, cuanto se le dice en voz baja, y un reloj fino a la distancia de 10 centímetros.

La lengua, algo saburral y un poco rojiza de bordes y punta, tiene sus movimientos normales; reflejo faríngeo algo atenuado. Traga bien, así alimentos sólidos como líquidos.

Voz abolida (el mutismo databa de cinco días), era imposible hacerle articular ni una sílaba; sólo se podía obtener algún sonido gutural.

Los esfínteres, normales; sólo de noche, y no todas las noches, alguna emisión involuntaria de orina.

Nada de relieve en el aparato digestivo; las digestiones, perturbadas antes y al principio del mal, han mejorado y se ha corregido el estreñimiento de vientre en ella habitual.

El aparato respiratorio, libre de tos y de otros síntomas patológicos.

La taquicardia, desaparecida; no es posible hallar ni indicios del soplo percibido en la primera visita. Las dimensiones del corazón son las normales a su edad y talla.

Sentada la niña y sostenido el cuerpo por su padre, imprimiendo movimientos suaves a las piernas y muslos, se halla una ligera resistencia, tanto en la flexión como en la extensión; resistencia que se vence al más leve esfuerzo.

Acostada en la mesa de reconocimientos, mueve las piernas y muslos en todas direcciones, los levanta del plano de la mesa casi como en estado normal; haciendo fuerza contra las plantas de los pies, estando los miembros rectos, la nena resiste con fuerza a la exploración. Haciéndole cosquillas en las plantas de los pies, los retira con presteza.

Obligando a la niña a sentarse, ambos muslos quedan pegados a la mesa, así como las piernas y pies, levantando sólo las rodillas, como en estado normal, al apoyar los talones para levantarse.

No hay Babinski de los dedos del pie. Se ensaya el procedimiento de Cordon y el de Schaeffer sin reacción alguna.

Tampoco resulta el procedimiento de Strümpell.

Dentro de lo que cabe hallar de exacto a la edad de la enferma, no hay la hipotonía muscular que ha descrito Babinski en algunas coreas; antes al contrario, la enfermita opone alguna resistencia instintiva cuando se imprimen movimientos involuntarios a los brazos, a las piernas o de torsión al tronco.

Tampoco se aprecian sincinesias, que también se han descrito en las coreas.

Los reflejos tendinosos, normales todos; el rotuliano tan sólo parece algo aumentado en el lado derecho.

El 18 de abril, por lo tanto, después de lo acaecido a la enfermita y por mí observado, modifiqué el diagnóstico y puse en mis notas *astasia-abasia, con toda probabilidad histérica*, y que los síntomas coreicos antes apreciados no eran otra cosa que manifestaciones coreicas en una histérica, como es frecuente en histéricos adultos.

De momento, para no añadir nada que pudiese influir en la evolución del mal, perturbarme la observación y complicar el diagnóstico, recomendé las mismas precauciones y cuidados que había prescrito antes; aconsejé suspender la medicación, pero teniendo buen cuidado de decir a los padres, como en conversación confidencial, mas procurando me oyese bien la enferma, que la niña hablaría pronto (dije *mañana*), y dentro de dos o tres días andaría como antes; que, al efecto, le pondrían unas fricciones a lo largo del espinazo, al acostarla en la cama.

A los dos días, la niña pronunció algunas palabras; sostenida, comenzó a dar algunos pasos, y al día siguiente, o sea al tercer día, después de mi última visita, y como yo había pronosticado, la niña habló claramente, como antes de estar enferma, en cuanto despertó por la mañana.

No fué pequeña la alegría de sus padres cuando, a la vez, vieron cómo la niña se levantaba sola sin ningún apoyo y andaba luego por la habitación.

Con el fin de guardarla y defenderla de cualquier emoción, y siguiendo mis consejos, aislaron la niña, bien transcuridos diez o doce días, hasta traerla a mi visita, entrando en el despacho corriendo, saltando, riendo y echándose a mis brazos, diciéndome que estaba curada.

La niña hablaba perfectamente bien, se sostenía en cualquier actitud, y la mudez y la astasia-abasia habían desaparecido completamente. Ahora, después de un año cabal, he visto a la niña, que no ha tenido ninguna enfermedad.

Califiqué a la parálisis de la enferma de que os hablo de *astasia abasia probablemente histérica*, siguiendo la definición de Blocq, que dió el nombre de *astasia-abasia histérica* a un estado morboso en el cual la imposibilidad de la estación vertical y de la marcha contrasta con la integridad de la sensibilidad, de la fuerza muscular y de coordinación de otros movimientos de los miembros inferiores. Esta definición, coincidiendo con el criterio de Charcot, de Richer, de Dejerine, etc., como de Jaccoud, de que era causada por mala coordinación automática, que produce la impotencia motriz de los miembros inferiores, causando defecto de coordinación relativa a la estación — *astasia* — y a la marcha — *abasia*.

Esta psiconeurosis, incluida entre las manifestaciones del histerismo, que, por su relativa frecuencia, ha sido bien estudiada y descrita en el adulto, se la observa raras veces en la infancia, hasta el punto que no se publicaron observaciones hasta el final del siglo pasado.

Y aunque viene caracterizada por el hecho anómalo de que, *estando acostado* el enfermo, se halla la integridad de la fuerza muscular, de la sensibilidad y aun la coordinación de los movimientos, y, *en cuanto el enfermo se levanta*, ya se halla imposibilitado para sostenerse en pie y, por lo tanto, de andar, no se presenta siempre con iguales formas.

Unas veces, como sucedía en mi enfermita, la estación vertical es del todo imposible, y aun sosteniendo al enfermo, no le es dable la progresión; esto no impide que haya casos en los cuales el enfermito, apoyándose en sus brazos y en sus rodillas, pueda trasladarse de un sitio a otro, a gatas.

Cabe ver algunos enfermitos en quienes la estación bípeda es completamente imposible; de suerte que tiene el aspecto de una verdadera parálisis de los miembros inferiores — *astasia paralítica* — que a veces sólo se presenta cuando el niño experimenta algún dolor o recibe una emoción, desapareciendo la paraplejía en cuanto se logra tranquilizar al niño, siendo entonces una *astasia abasia emotiva*, que para designarla propusieron Debove y Bouloche, en 1893, el nombre de *astasia basofobia*.

En otros casos, la neurosis toma una modalidad atáxica, y en ellos, la estación y la marcha

están privados, por cuanto los miembros inferiores están agitados por movimientos continuos, súbitos, a veces violentos, desordenados, sin finalidad, parecidos a los movimientos y actitudes de los coreicos *astasia-abasia coreiforme*— o los movimientos patológicos toman la forma de trepidaciones — *astasia abasia trepidante*. Para hallar estas dos últimas formas es preciso buscarlas ya en individuos que han alcanzado la pubertad, de modo que la enferma de que os hablo es una excepción.

La desaparición súbita de la astasia-abasia, en sus diversas formas, que he apuntado, especialmente las emocionales, las *astasio basofobias*, y que sólo se presentan después de un dolor sufrido, por temor a este dolor o después de una emoción, demuestran que no se trata de procesos morbosos bien definidos, y el mal lo mismo puede exteriorizarse por una astasia abasia como en una parálisis histérica de la deglución, o sobrevenir el mutismo histérico (como en el caso que os cabo de describir): la afonía histérica, que tiene mucha afinidad con otras alteraciones funcionales del lenguaje; en la amaurosis, etc., como hace muy poco tuve ocasión de tratar en una niña prepúber.

Los neurólogos señalan para la aparición de la astasia-abasia todas las edades (desde siete hasta sesenta y nueve años, según las observaciones publicadas, dice Déjerine); pero lo cierto es que las observaciones de menor edad que conozco son la de un niño de veintisiete meses, publicado por el Dr. Pérez Arias en 1922 (1), y otro niño de treinta meses del Dr. Mussio en Montevideo (2), siendo más frecuentes en el período prepúber.

Es muy corriente el decir o el escribir que las manifestaciones del histerismo son raras dentro de los primeros cinco años; pero es bien cierto que ya desde los primeros meses de la vida de los niños podemos ver gérmenes de la psiconeurosis, ya sea en forma de convulsiones, de hiperestesias, sueños letárgicos, etc., cuya naturaleza no podemos explicarnos muchas veces; pero de lo que hallamos la razón más tarde, conforme el niño avanza en la vida, por ejemplo, a los dos o tres años, por otras manifestaciones análogas que nos dan la explicación de las primeras.

Años atrás, no muchos, era de creencia universal que las manifestaciones histéricas eran patrimonio de las niñas en la aparición de su pubertad o en sus proximidades; pero después que se ha visto la frecuencia del histerismo en los niños varones, bien se ha comprendido que la menstruación no tiene una influencia decisiva sobre el desarrollo de la neurosis: es mucho más verosímil que influya, sobre un organismo ya predispuesto, la presencia de modificadores de orden biológico, ora sean de la familia de las hormonas o tal vez de otra naturaleza aun hoy desconocida.

Sin acudir a datos bibliográficos, la experiencia personal de cada uno ya nos dice que influye muchísimo en el histerismo la herencia neurósica homóloga o heteróloga, el medio social en que el niño vive y se educa, las emociones que recibe, el contagio conviviendo con otros neuróticos, los traumatismos, las enfermedades infecciosas, etc. Es evidente que después de un psicoanálisis metódico puede resultar que muchos enfermos, especialmente adultos, se salgan del cuadro antiguo, clásico, del histerismo, por descubrirse en ellos procesos morbosos orgánicos; pero es bien cierto que vienen enfermos a nuestros cuidados en los cuales hoy por hoy, no podemos hallar signos indudables de una lesión orgánica o funcional que nos den la clave del porqué de los desórdenes nerviosos que tenemos a la vista. Esto es lo que ha sucedido en la enfermita de que acabo de hablaros.

A largas consideraciones se presta el caso; pero esto me llevaría muy lejos de mi propósito, pues debería discutir varias de las opiniones que se han dado, más o menos buenas, para explicar la producción de casos semejantes.

Mi fin hoy tiene un límite, que se cierra ante mi intención de exponer tan sólo las modalidades en que se ha presentado la enfermedad de la niña, poniendo de relieve la disparidad que pueda existir con otros casos publicados, sin que con ello pretenda establecer conclusiones concretas.

Y es que estoy plenamente convencido, desde hace mucho tiempo, que en clínica es imposible hallar una homogeneidad en las manifestaciones morbosas de una misma enfermedad; se basa en la existencia de las diferencias orgánicas que existen entre los hombres; las diferencias que

(1) Archivos Españoles de Pediatría, tomo V, pág. 29.

(2) Archivos Españoles de Pediatría, tomo I, pág. 248.

posee un individuo que le distinguen de millones de sus semejantes (basta para ello que consideremos la imposibilidad de hallar dos caras iguales, ni la igualdad de las impresiones digitales, con las curvas *distintas, para cada individuo*, de las papilas de la piel de los pulpejos de sus dedos). Y esto forzosamente ha de ocurrir en la combinación, enlace y dinamismo de todos los elementos celulares en los diferentes órganos y aparatos del organismo *de cada uno* de los hombres, y ha de resultar, como realmente es así, que cada individuo tenga su anatomía propia, su fisiología especial y hasta su especialísimo modo de enfermar.

El sistema nervioso, por su complicada textura y extremada delicadeza, se presta a la mayor variedad en sus actuaciones fisiológicas o morbosas.

Analizando el caso que he descrito, hallaremos bastantes elementos para llevar el juicio a la confusión.

En primer término, debo anotar que la niña ya tuvo un ataque de tetania al llegar a su primer año y fué después agitada, irregular en el trabajo y en sus juegos, aunque inteligente; con trastornos digestivos, acompañados de astricción de vientre permanente, y muy caprichosa en la elección de los alimentos.

En la enfermita hallé, en la primera visita, taquicardia y un soplo cardíaco, y es cosa sabida que la debilidad vasomotriz va enlazada con algunos trastornos cardíacos, especialmente palpitations e irregularidades de pulso, y no es de extrañar que alguno de estos casos se complique, además, con la existencia de algún soplo suave, sea en la punta o en la base (como sucede con gran frecuencia en los niños y pudo observarse en la niña de que trato), y nada tiene de sorprendente que el médico piense en una insuficiencia valvular orgánica.

Y el error puede cometerse con mayor facilidad cuando en los comienzos de la afección faltan los estigmas histéricos, que rarísimas veces pueden hallarse en los niños.

Lo mismo cabe decir de los movimientos coreicos, sin ninguna finalidad precisa, sin ninguna coordinación; pero así como en la corea, si se fija la atención del enfermito, aumentan más los movimientos, en mi enferma se podían detener coaccionándola; pero también es cierto que después de cesar la coacción ejercida sobre la enferma, los movimientos desordenados eran más intensos.

Precisamente, éste es un punto sobre el que conviene fijar la atención de los que juzgan la posibilidad de corregir aquellos psicorreflejos patológicos, ejerciendo violencia sobre la voluntad del niño.

Es por esto que considero un gravísimo error tal conducta, siendo preferible esperar la curación dando tono a un organismo debilitado, procurando hallar el origen de aquella debilidad; entonces es cuando, en muchos casos, con admiración de cuantos rodean al niño, sobreviene una curación rápida, sorprendente.

En la nena de que tratamos, creo que la curación vino por haber corregido pronto sus digestiones perversas, que, desde luego eran, a mi juicio, causa de autointoxicaciones y de debilidad general, productoras directas de sus insomios.

Recuérdese que los insomnios desaparecieron en cuanto la niña digirió mejor y tuvo más apetito.

Otro hecho, que no ha de caer en saco roto, fué que ante una niña de nueve años, inteligente, se pronunció la frase de que *tenía una enfermedad incurable y se le formaba un gravísimo mal en la cabeza*. No es temerario juzgar el daño que esto hizo a la enfermita en el orden emocional.

No he venido esta noche a estudiar el histerismo infantil ni en conjunto ni en detalle; no es mi propósito hablaros de cómo el histerismo puede simular un gran número de enfermedades orgánicas especiales de la infancia y de la adolescencia.

Pero me conviene ahora recordaros cómo recogiendo los múltiples síntomas con que puede ofrecerse a nuestra vista, y entre los diversos órdenes en que pueden agruparse, prescindiendo de varios de ellos, me interesan en este momento cuantos se puedan agrupar en un mismo capítulo (que lo mismo se pueden encontrar en los niños que en las niñas), que llamaré *desórdenes sensitivos*, tales como reducción del campo visual (incluso la amaurosis), anestias, hiperestesias, pseudomeningitis o pseudomiélitis, cefaleas, etc. Otro capítulo en que incluiré los *desór-*

denes motores, como algunos en el lenguaje, que pueden llegar hasta el mutismo, formas convulsivas, temblores, tics, monoplejías, paraplejías, etc.

Aisladas estas formas, como otras que pueden agruparse en otros órdenes, y que, a propósito, no he hablado de ellas; digo: aisladas suelen ser todas estas formas, pues en la infancia el histerismo generalmente es monosintomático, pero también pueden hallarse reunidas en un mismo individuo, como sucedió en la niña a la que me he referido concretamente.

He de hacer una aclaración, que bien pudiera suprimir, dadas las excelsas condiciones de cuantos tienen la bondad de oírme. Al decir que el histerismo infantil suele ser monosintomático, no lo afirmo en el sentido de que hayamos de hallar una sola manifestación histérica, sino que los estigmas históricos, disminución del campo visual, anestias, hiperestias, faltan muchas veces, por no decir casi siempre. Siendo ésta una modalidad infantil que dificulta extraordinariamente el diagnóstico.

El mutismo y la paraplejía de la enfermita se presentaron en tales condiciones, que hacían embarazoso el diagnóstico de ambas parálisis, y es que el diagnóstico de las parálisis históricas lo entorpece el hecho, común en el niño, de no poder hallar, como acabo de decir, la existencia de estigmas — hiperestias, anestias, — de no poder practicar el examen del campo visual, pues poquísimas veces podemos contar con la docilidad y la atención necesarias del enfermito, dado que existan.

La dificultad sube de punto cuando, las más de las veces, la parálisis es la única manifestación del histerismo.

Es cierto que ante tales dificultades podemos reunir cierto número de hechos, agrupar ciertos caracteres del caso clínico, que nos permitirán un diagnóstico de máxima probabilidad; entre ellos debe darse gran valor a la brusquedad en la aparición de la parálisis y en su desaparición completa, que, teniendo una importancia capital, aun no llega a tener valor absoluto, patognomónico, pero cuyo valor aumenta si se enlaza con otro síntoma de exactitud casi absoluta, o sea la falta de reacción de degeneración. Y luego, por exclusión, buscando la ausencia de todos aquellos síntomas propios de las enfermedades orgánicas de los centros nerviosos, como hice al examinar bien la nena.

El ejemplo de *astasia-abasia* que os he expuesto, evidentemente, es puramente nervioso, histérico con toda probabilidad, sin lesión anatómica demostrable. La astasia-abasia puede ser la sola manifestación del histerismo, como pueden serlo otras manifestaciones, v. gr., de orden quirúrgico, de lo que se ven frecuentes casos, como sucede con las coxalgias históricas y otras del mismo orden, que se exteriorizan con el aspecto de una lesión quirúrgica de naturaleza grave. Es necesario no perder de vista los hechos análogos que pueden presentarse para evitar los errores de diagnóstico que harían admitir una lesión de los centros nerviosos, retrasando así la curación.

