433

AÑO 1908 N.º 1768

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

MONGOLISMO

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

FERNANDO SCHWEIZER

Ex-Practicante interno mayor y menor del Hospital Nacional de Clinicas
(1905, 1906, 1907 y 1908)
Ex-Practicante externo del Hospital San Roque (1904)

"LA CIENCIA MÉDICA"

Librería y Casa Editora de A. Guidi Buffarini - Córdoba 2080

BUENOS AIRES

1908

MONGOLISMO

AÑO 1908 N.° 1768

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

MONGOLISMO

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

FERNANDO SCHWEIZER

Ex-Practicante interno mayor y menor del Hospital Nacional de Clinicas (1905, 1906, 1907 y 1908)

Ex-Practicante externo del Hospital San Roque (1904)

"LA CIENCIA MÉDICA"

Librería y Casa Editora de A. Guidi Buffarini - Córdoba 2080

BUENOS AIRES

1908

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tésis.

Articulo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

Dr. D. ELISEO CANTÓN

VICE DECANO

Dr. D. JOSÉ PENNA

CONSEJEROS

Dr. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » PEDRO N. ARATA
» » PEDRO LAGLEYZE (con lic.)
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GÜEMES
» » ELISEO CANTÓN
» » ENRIQUE BASTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JQSÉ M. RAMOS MEJÍA
» » JUAN A. BOERI (supl.)
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » JAIME R. COSTA(con lic.)
» » J. MANUEL IRIZAR

SECRETARIOS

Dr. D. RICARDO S. GOMEZ (Escuela de Medicina)
» » JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo)

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoologia Médica	Dr. Pedro Lacavera
Física Médica	» Jaime R. Costa (con lic.)
Química Médica	» Anatasio Quiroga
Botánica Médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histologia	» Rodolfo de Gainza
Anatomía Descriptiva	» Joaquín López figueroa
Anatomía Descriptiva	» José Arce (en ejerc.)
Semiologia y ejercicios clinicos	» Gregorio Araoz Alfaro
Anatomia Topográfica	» Juvencio Z. Arce
Fisiologia General y Humana	» Horacio G. Piñero
Anatomia Patológica	» Telémaco Susini
Bacteriología	» Cárlos Malbran
Higiene Pública y Privada	» Ricardo Schatz
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma
Patologia Externa	» Obdulio Hernandez (con lic.)
Medicina Operatoria	» Leandro Valle (con lic.)
Clinica Ginecológica	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino-lar'ngológica	» Eduardo Obejero
» Dermatológica y Sifilográfica	» Baldomero Sommer
» Epidemiológica	» José Penna
» Quirúrgica.	» Pascual Palma
» Neurológica	» José M. Ramos Mejía
» Médica	» Luis Güemes (con lic.)
» Médica	» Francisco A. Sicardi
» Oftalmológica	» Pedro Lagleyze (con licencia)
Patología interna	» Marcial V. Quiroga
Medicina legal	» Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	» Antonio Galdolfo
» Médica	» Ignácio Allende
» Obstétrica.	» Samuel Molina
Toxicologia Experimental	» Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	» Angel M. Centeno
Clínica Médica	» Abel Ayerza
» Génito-urinarias	» Pedro Benedit
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
Quirúrgica	» Diógenes Decoud
» Obstétrica	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS EXTRAORDINARIOS
Anatomía Patológica	Dr. José Badía
Clínica Ginecológica	» Afredo Lagarde
	» José F. Molinari
Clínica Oftalmológica	» Teófilo A. Moret (en ejerc.)
Clínica Quirúgica	» Daniel J. Cranwell
	» Avelino Gutierrez
Clínica Dermatológica y Sifilográfica	« Maximiliano Aberastury
Clínica Neurológica	» José A. Esteves
	» José R. Semprun
Clínica Psiquiátrica	« Benjamín T. Solari
Clínica Pediátrica	» Antonio F. Piñero
Medicina Legal	» Domingo S. Cavia
Física Médica	» Juan J. Galiano

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Zoología Médica	Dr. D. Greenway
Física Médica	» *Vacante*
Química Médica	» *Vacante*
Botánica Médica	» Rodolfo Enriquez
Química aplicada á la Medicina	» *Vacante*
Histología	» Julio G. Fernandez
	» Alois Bachmann
Anatomía Descriptiva	» *Vacante*
» »	» *Vacante*
Semiología y ejercicios clínicos	» *Vacante*
Anatomía Topográfica	» *Vacante*
Fisiología General y Humana	» *Vacante*
Anatomía Patológica	» *Vacante*
Bacteriología	» Juan Cárlos Delfino
	» Leopoldo Uriarte
Higiene Pública y Privada	» Felipe Justo
Materia Médica y Terapéutica	» *Vacante*
Medicina Operatoria	» *Vacante*
Clínica Ginecológica	» *Vacante*
» Oto-rino laringológica	» Eliseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica	» *Vacante*
Patología externa	» Cárlos Robertson
	» Ricardo S. Gómez
Patología interna	« *Vacante*
Clínica Oftalmológica	» Enrique Demaría
» Epidemiológica	« *Vacante*
» Quirúrgica	» Francisco Llobet
	» Marcelo Viñas (en ejerc.)
	» Marcelino Herrera Vegas
	» José Arce
» Neurológica	» Mariano Alurralde
Medicina Legal	» Pedro Barbieri
Clínica Médica	» Patricio Fleming (en ejerc.)
	» Ricardo Colon
	» Luis Agote
Clínica Obtétrica	» Enrique A Pardo
	» Enrique Zarate
	» Alberto Peralta Ramos
	» Arturo Enriquez
Toxicología Experimental	» *Vacante*
Clínica Pediátrica	» Manuel A. Santas
	» Mamerto Acuña
» Génito-urinaria	» Bernardino Maraini
» Psiquiátrica	» José T. Borda

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología general; Anatomía, Fisiología, comparada	Dr. Angel T. Gallardo
Botánica y Mineralogía	» Adolfo Mújica (con lic.)
Química inorgánica aplicada	» Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada	» Francisco Barraza
Farmacognosia y posología razonada	» Juan A. Boeri
Física farmacéutica	» Julio J. Gatti
Química Analítica y Toxicológica (primer curso	» Francisco P. Lavalle
Técnica farmacéutica	« J. Manuel Irizar
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» Frangisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmacéutica	» Ricardo Schatz

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada	*Vacante*
Botánica y Mineralogía	*Vacante*
Química inorgánica aplicada	*Vacante*
Química orgánica aplicada	*Vacante*
Farmacognosia y posología razonadas	Sr. Juan A. Dominguez (en ejerc.)
Física famacéutica	*Vacante*
Química Analítica y toxicológica (primer curso)	*Vacante*
Técnica farmacéutica	*Vacante*
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	*Vacante*
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	*Vacante*

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica . .	Dr. Fanor Velarde
Parto distócico y Clínica Obstétrica . .	

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica .	Dr. Miguel Z. O'Farrell
Parto distócico y Clínica Obstétrica .	» *Vacante*

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Anatomía, Fisiología, Patología . . .	Dr. León Pereyra
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal	» N. Etchepareborda (con licencia)

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Anatomía, Fisiología, Patología . . .	*Vacante*
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal	*Vacante*

PADRINO DE TESIS

PROFESOR DE CLÍNICA PEDIÁTRICA

DOCTOR ÁNGEL M. CENTENO

Á MIS PADRES

A MI ABUELA MARÍA - Á MI TIO ENRIQUE

Á MIS HERMANOS

Á LOS DOCTORES

PROF. ANGEL M. CENTENO
PROF. IGNACIO ALLENDE
PROF. ROBERTO WERNICKE
PROF. PEDRO LAGLEIZE

MI MÁS PROFUNDO AGRADECIMIENTO POR SU ENSEÑANZA Y SUS CONSEJOS

Á LOS DOCTORES

CARLOS H. DIANA
PEDRO DE ELIZALDE
ADOLFO NOCETI

MI SINCERO AGRADECIMIENTO

HISTORIA

Fué Langdson Down en 1866, quien, después de observar un gran número de idiotas, eucontró que algunos de ellos tenían algún parecido con individuos de raza distinta de la que procedían; y al lado de las variedades etiópica, malaya, etc., que clasificó, se detuvo especialmente en la mongoliana, tal vez por ser la que encontrara con más frecuencia. De todos estos tipos el único que ha prevalecido, es el que vá á ocuparnos, que nos parece debe de conservar la feliz y acertada designación de *mongolismo*.

Otros psiquiatras ingleses continuaron los estudios de su compatriota consagrándole algunos artículos en revistas: Mitchell en 1876, Fletcher Beach, Ireland, Shuttleworth. En 1890 Willmarth publicó un estudio después de cinco autop-

sias de mongolianos que tuvo oportunidad de practicar. Telford Smith, en 1896, notando el gran parecido entre los idiotas mongolianos y los mixedematosos, ensayó en los primeros la opoterapia tiroidea, obteniendo alguna mejoría; y publicó tambien un trabajo en el cual llegó á la conclusión de que la forma especial del dedo meñique tiene gran valor para el diagnóstico, lo cual fué discutido por West, quien, despues de un estudio de 615 dedos meñiques de otros tantos niños que examinó en hospitales y en la calle, negó que tal anomalía tuviera el valor de un síntoma patognomónico, por haberla encontrado en niños normales. Garrod en 1899 llamó la atención sobre la frecuencia de las afecciones cardíacas congénitas en los mongolianos que estudió.

El primer pediatra que estudió el mongolismo en la infancia fué Neumann en 1899 y publicó un trabajo que fué el primero que apareció en Alemania sobre este asunto.

Suterland, pediatra de Londres, publicó varios artículos de revista sobre 24 casos que estudió dedicándose especialmente á diagnóstico diferencial con mixedema y asignando á la sífilis un gran valor etiológico. Bourneville, en 1901, 1902 y 1903 hizo una serie de comunicaciones sobre mongolianos que estudió en Bicetre, sumamente

detalladas. Muir publicó en 1903 un estudio general sobre 26 casos. Comby el sabio pediatra de París, escribió en 1903 su primer artículo sobre este tema, al cual siguieron en 1906 y 1907 observaciones más completas practicadas en los numerosos casos que observó en su clínica. Fennell psiquiatra de Darenth observó 21 casos clínicos: llamando la atención sobre el aspecto de la lengua que para él es patognomónico. Kassowitz, de Viena, en 1902 publicó su interesante monografía sobre mongolismo, mixedema y micromelia infantil con 75 casos de mongolismo. Oberwath presentó 35 casos de la clínica de Neumann en el XIX Congreso de Pediatras en Carlsbad. En 1905 Weygandt hizo una comunicación sobre 37 casos.

Von Thiemich, Fromm, Hochsinger, Hey, Nolen, Noica, Lombroso y Lofft se han ocupado de estos enfermos en Austria, Bélgica, Holanda, Italia y Noruega.

Desgeorges y Seris en 1905 y 1906 han presentado dos completas é interesantes tesis á la facultad de París.

Philippe y Oberthur hicieron estudios anatomo-patológicos que presentaron al Congreso de Bruselas de 1903.

Entre nosotros solo hemos encontrado la publicación del Dr. Zubizarreta, hecha en 1906.

Como se vé, este asunto que interesa á la vez á los alienistas y á los médicos de niños es solamente en estos últimos 10 años que ha comenzado á merecer la atención de los segundos; motivo por el cual el mongolismo es todavía poco conocido.

Parece que el mongolismo es más frecuente en Inglaterra, aunque esto tal vez debe de imputarse á que es en este país más generalmente conocido: para diagnosticar una enfermedad es ante todo necesario saber que existe.

SINTOMATOLOGIA

La *cabeza* de los mongolianos, presenta las particularidades más típicas.

El cráneo es siempre pequeño para la edad del niño, como lo hemos podido constatar en nuestras ocho observaciones.

Es generalmente simétrico, redondeado aun-que casi siempre mostrando un aplanamiento total de la norma posterior, que es siempre más ancha que la anterior; el indice cefálico (I. C.) siempre elevado, generalmente al rededor de 80 á 85, á veces más, coloca á estos cráneos entre los braquicéfalos de Topinard. De los ocho casos que presentamos, hemos tomado el I. C. en 7, siendo en todos superior á 80 y llegando en la obs. VIII á 90. La bóveda craneana es bien conformada y se observa el retardo en la osificación de las

fontanelas, como en nuestras observaciones lo hemos controlado, Kasowitz nunca las encontró cerradas antes de los 3 años; Desgeorges las ha encontrado en mongolianos de 3, 6 y 11 años, pero eran hidrocéfalos; generalmente están cerrá los 2 1/2 años.

En nuestra obs. VII, (niña de 14 m.) se palpan las suturas sagital y lambdoidea, y las fonfanelas anterior y posterior.

La frente se presenta normalmente abovedada, las sienes ligeramente deprimidas.

Los cabellos son por lo general abundantes, lacios, gruesos, blandos.

El aspecto especial de la cara de los idiotas que estudiamos, que recuerda con bastante fidelidad el de un chino á un japonés, fué lo primero que llamó la atención de los autores, que siguiendo la designación de Langdon Down, usaron el termino *mongolianos*, para referirse á estos niños, que tienen entre sí tal semejanza que algunos parecen hermanos.

La cara es por lo general ligeramente aplanada, simétrica, regularmente ovalada; observada de perfil llama la atención la depresión de la naríz en su parte superior (fig. 1ª) y el prognatismo de la mandíbula inferior.

Los ojos ofrecen signos de valor por su cons-

tancia: las hendiduras palpebrales son general-
mente pequeñas, dirigidas oblícuamente hacia adentro y hacia abajo: formarían, por la prolongación de su gran eje hacía la línea media, un ángulo obtuso de seno superior. El epicantus, que se observa frecuentemen-e (3 veces en 18 casos según Desgeorges, 7 veces en 26 según J. Mnir) lo hemos encontrado en nuestras 8 observaciones. — Los ojos parecen tener mayor separación que la normal debido al epicantus y al aplanamiento de la nariz perc midiendo dicha distancia se observa que no está aumentada. El estrabismo convergente, señalado por J. Muir, 7 veces en 26 casos, lo hemos encontrado 5 veces en nuestras 8 observaciones. El nistagmus es más raro, solo lo hemos encontrado en dos de nuestras observaciones, á los 14 y 18 meses de edad. Es frecuente también observar conjuntivitis, bulbar y palpebral, que á veces han comprometido la cornea dejando leucomas; la blefaritis se asocia á menudo á la conjuntivitis, existiendo en 5 de nuestras observaciones. Probablemente en la obs. VII ha existido, á juzgar por el leucoma de la cornea que se observa. No hemos observado alteraciones pupilares señaladas por algunos autores en los mongolinos de los hospicios, por consiguiente de mayor edad que los

nuestros. En un caso hemos observado ectropión espasmódico del párpado superior que se prodn- con el llanto y aun con simples contracciones de los músculos de la cara. Las cejas que Bourneville ha encontrado, en algunos de sus enfermos oblícuas hacíaarriba y hacia afuera, tenían en los nuestros su arco y dirección normales; pero en casi todos palpando el borde orbitario superior se aprecia su dirección oblícua hacía arriba y hacia afuera.

La nariz es corta, achatada sobre todo en la raíz como es posible observar en las fotografías que acompañan nuestras observaciones clínicas.

Los orificios nasales están generalmente dirijidos hacia adelante más que hacia abajo. Es frecuente observar rinitis crónica.

La boca de los mongolianos es generalmente pequeña, arqueada con concavidad inferior siendo el labio inferior algo más grueso que lo normal. Se mantiene generalmente entreabierta, dando paso á la lengua, que unas veces está agrandada y otras tiene su volumen normal explicándose en estos últimos casos que se mantenga en continua protrusión á causa de la disminución de tamaño de la cavidad bucal.—(Sutherland), Kasowitz cree que se debe al estado psíquico del sujeto. La lengua presenta particularidades, pro-

bablemente debidas á que por su contínua protrusión se produce desecación y como consecuencia descamación epiterial: las papilas hipertrofiadas se observan constantemente, rojas, fungiformes á veces; y en los mongolianos de más de dos años se observan grietas en diversos sentidos y de profundidad variable, en la cara superior de la lengua como en nuestras observaciones I, V, VI y VIII. Según el testimonio de las madres, en dichos casos lo protrusión durante el sueño se producía solamente en la observación V.

La hipertrofia papilar es para Fennell un signo patognomónico de la idiocía mongoliana, pero Ireland la encontró en un idiota que no era mongoliano.—Variot pretende que es hereditaria. —Puede encontrarse en individuos sanos.

No hemos observado con la frecuencia que lo ha hecho Jones el paladar ojival en nuestros mongolianos. Muir, Fennell, Kasowitz y Bourneville han observado á menudo el paladar ojival, alto estrecho, en general, con gotera mediana. La erupción dentaria es constantemente atáxica y retardada en los idiotas mongolianos como es posible constatar en nuestras observaciones. Los dientes no se disponen en una elipse regular como en los niños normales, sino frecuentemente en V; la implantación es en general irregular.

Los autores (Comby, Desgeorges), insisten sobre la frecuencia de las vegetaciones adenoideas y de la hipertrofía de las amígdalas; nosotros la hemos encontrado hipertrofiadas en dos casos.

Figura núm. 1

Las mejillas son siempre redondeadas, salientes, coloreadas como el mentón y los lóbulos de la nariz, lo que hemos constatado en todas nuestras observaciones, menos en la I, cuyo sujeto tenía una afección cardiaca, seguramente.

Las orejas, que ha descrito detalladamente

Bourneville presentan particularidades notables (figura I y las de los demás casos clínicos); generalmente están en implantación muy baja, casi siempre simétrica, el lóbulo es por lo general muy pequeño, adherido, y á veces falta totalmente; los pabellones divergen notablemente de la pared craneana y son pequeños, teniendo la oreja alguna semejanza con la simiana.

El *cuello* no ofrece nada de particular. Kasowitz, que hacen otar la falta de relieve del cuerpo tiroides, re-conoce sin embargo, por la díficultad en practicar este examen, que no es posible deducir que dicho órgano está atrofiado ó ausente, cosa, por otra parte, que no confirma el estudio anátomo patológico.

El *torax* en nuestros mongolianos no presenta nada de particular; Fennell que cree á los mongolianos predispuestos al raquitismo, ha encontrado deformaciones raquiticas toráxicas. Kasowitz ha encontrado 8 veces torax de pollo en 75 casos.

El *abdomen* se muestra generalmente agrandado; en algunos casos (Obs. I) se observa hernia humbilical. Kasowitz menciona la hernia 44 veces sobre 75 observaciones; y dice que habría desaparecido mediante el tratamiento tiroideo, aunque con menos rapidez que la que se obser-

va en las mixedematosos. En nuestro observación I, dimos tiroidina y la hernia no se modificó.

Los *miembros* por lo general son proporcionados al largo del tronco y en sus diversos segmentos. La mano presenta el aspecto de la mano

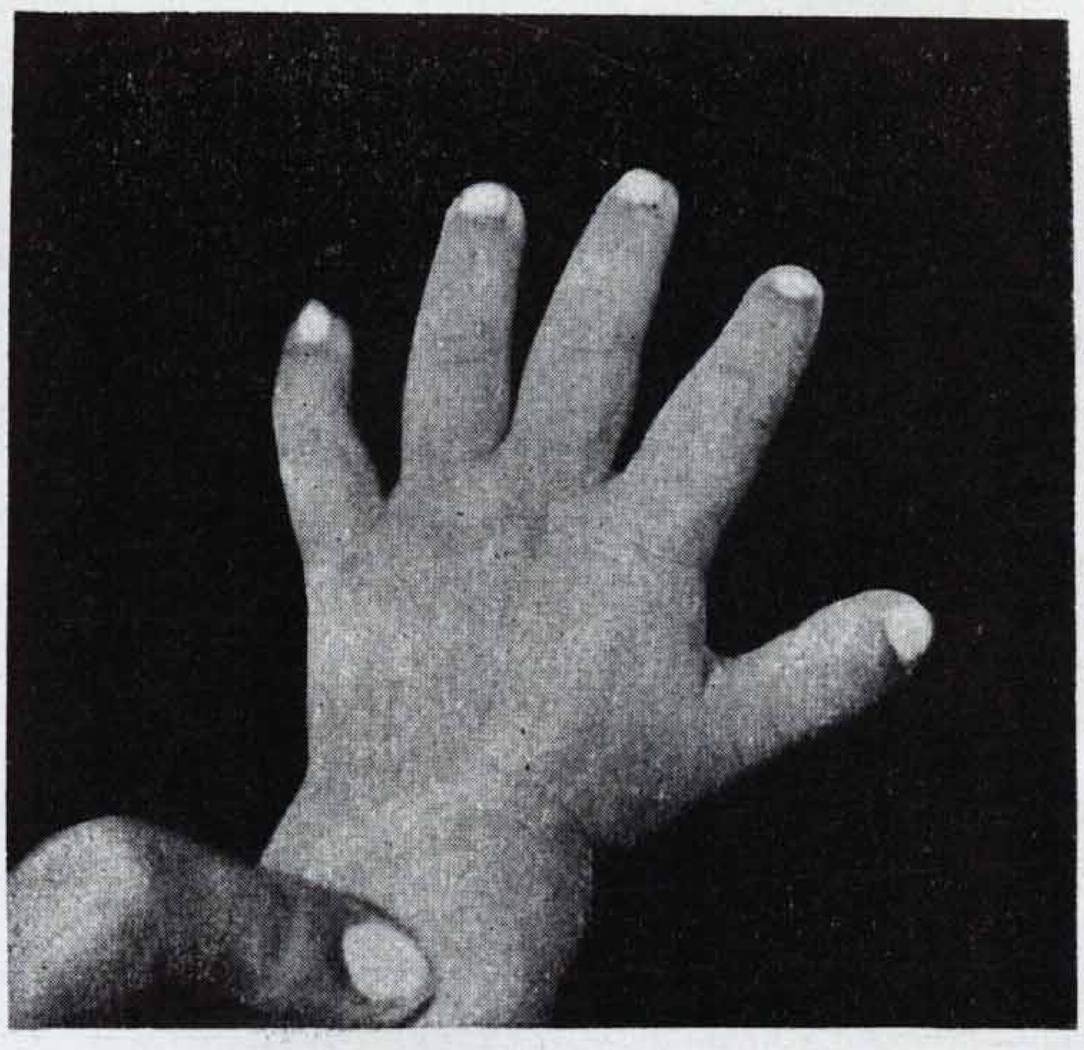


Figura núm. 2

de idiota: corta, ancha, gruesa, aunque es á veces de menor tamaño que la correspondiente á la edad del niño. La proporcionalidad entre las longitudes de los dedos está generalmente perdida para el meñique, que á más de corto es grueso, y más separado del eje de la mano y del anular que lo normal. Se han hecho publicaciones por Telford Smith llamando especialmente la atención sobre esta forma del meñique que las

radiografías revelan ser debidas á una hipoplasia de la segunda falange. West ha controlado la observación de Smith observando 615 meñiques de otros tantos niños normales llegando á la conclusión de que no hay gran diferencia en la forma de dicho dedo en los niños sanos y en los mongolianos.

Figura núm. 3

Nosotros creemos con Desgeorges que la incurvación pronunciada del meñique es comun en los mongolianos así como su separación pronunciada, del eje de la mano y del anular.

El pié es generalmente corto, pequeño, espeso, con dedo gordo separado notablemente - pié prehensil (vease fig. 4). En una de nuestras observaciones hemos encontrado sindactilia (fig. 3) en el pié izquierdo.

Las articulaciones presentan laxitud anormal, que permite exagerar los movimientos acti-

vos y pasivos atribuida por Kasowitz á la blandura de los cartílagos, que resulta de la riqueza de éste en elementos celulares, y á la falta de tensión de los lígamentos. Para Suterland es á la disminución de la tonicidad muscular ó al retardo

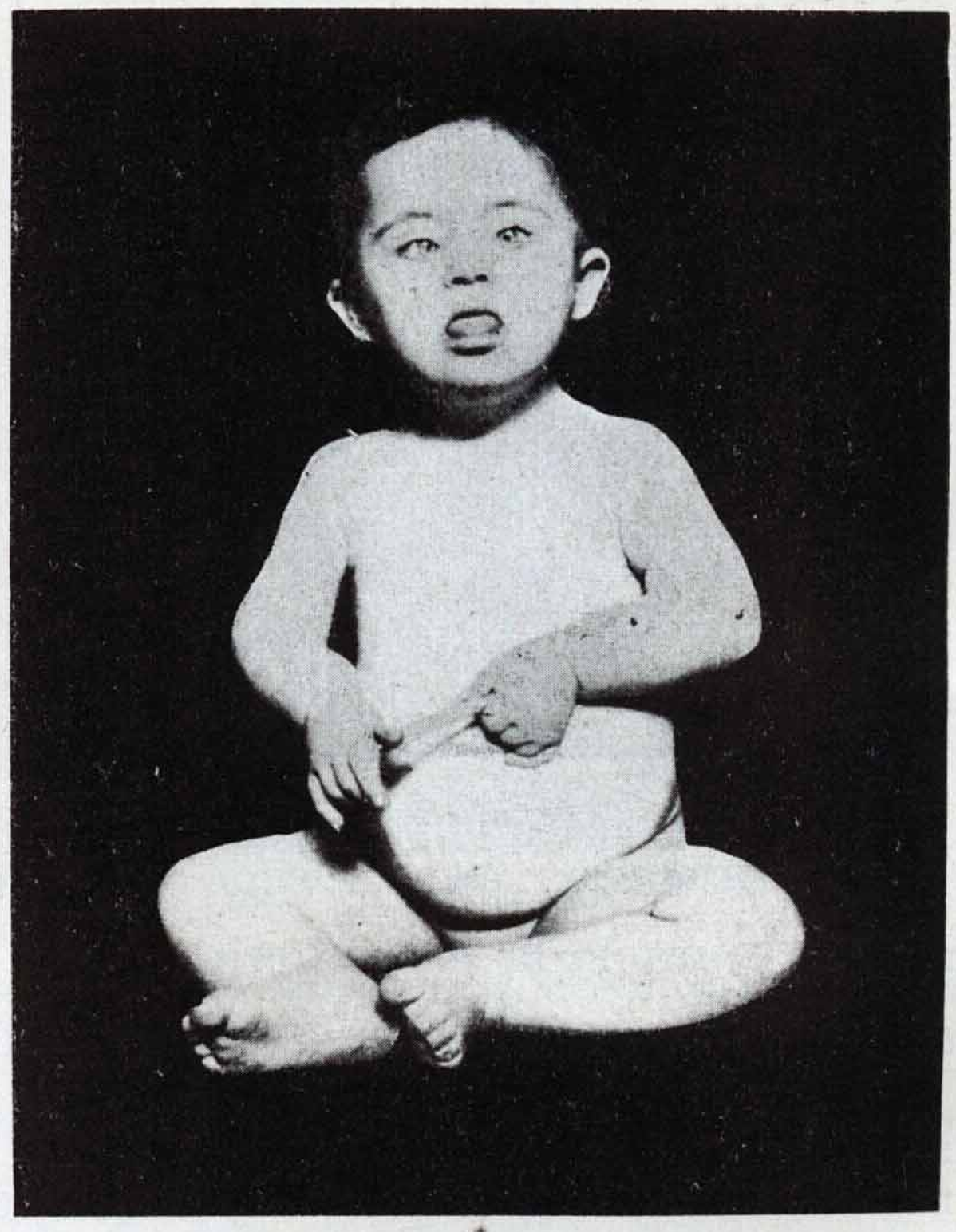


Figura núm. 4

del desarrollo, al que debe imputarse esta laxitud. En los mongolianos que se sientan, se observa la posición del sastre sentado, que se debe probablemente al estado de las articulaciones. Fácil es exagerar los movimientos articulares y conseguir que los piés toquen la cabeza, ó pro-

ducir deformaciones artificiales transitorias de pié bot valgus ó varus. Esta laxitud es tanto más acentuada cuanto más joven es el mongoliano y disminuye con la edad; á ejemplo de Kasowitz la hemos encontrado en todas nuestras observaciones y creemos con Séris que Fennell que estudió en asilos, no la observó por que sus mongolianos eran de mayor edad que los que se ven generalmente en las salas de Pediatría.

Los músculos de los mongolianos son blandos, flácidos, con escasa tonicidad hasta una edad variable según los casos, llamando la atención de las madres la inercia en que permanecen hasta un año á veces (caso VII, sí bien es cierto que para explicar esta falta de actividad no se debe de olvidar la participación del sistema nervioso, tan afectado en estos enfermos.

La marcha de los mongolianos se establece tardiamente, á edad variable, en nuestros casos á los dos años como mínimun; y la niña de la Obs, VI., que tiene dos años y medio aún no consigue sinó mantenerse parada, cuando tiene en qué apoyarse.

En ningún caso hemos observado parálisis, espasmos, ni contracturas, Comby menciona como frecuentes el espasmo de la glotis, la laringitis estridulosa.

Las diversas sensibilidades están conservadas, siendo los mongolianos muy sensibles al frío y al calor. Los reflejos no presentan modificaciones. Los sentidos en lo que es posible apreciar, no están modificados, aunque es probable que la visión no puede ser excelente, recordando las alteraciones que frecuentemente se observan en la convergencia.

La *piel* de los mongolianos es generalmente delgada y blanda; el tejido celular sub-cutáneo bien desarrollado aunque hemos observado que frecuentemente es escaso en los mongolianos de menos de un año y medio; no presenta jamás la degeneración propia del mixedema. Los ganglios subcutáneos no ofrecen nada de particular: á ejemplo de Séris, en ningun caso hemos observado edema de los párpados, rodete de la nuca ni seudo-lipomas.

Las funciones digestivas presentan casi constantemente constipación, que según Kasowitz cede al tratamiento tiroideo con menos rapidez que la que se observa en el mixedema. Nosotros hemos obtenido buenos resultados con los enemas de glicerina y aceite puros.

El aparato circulatorio frecuentemente ofrece afecciones congénitas, primeramente estudiadas por Garrod y Thompson. En algunos mongolianos

que no presentan signos de afecciones cardiacas al examen clinico, se ha encontrado lesiones en la autopsia. (Comby, 1907)

De nuestros ochos enfermos, solo en la Obs. I encontramos un soplo sistólico en el foco de Roger.

Por su *estado mental*, el mongoliamo está incluído en el gran sindroma psíquico que se llama idiocía.

Aceptando lógicamente que no hay dos idiotas cuyo estado mental pueda superponerse, los mongolianos oscilan entre los idiotas y los imbéciles de Morel, no citándose un caso que pueda ubicarse en el tercer grupo de este autor, que comprende los débiles de espíritu.

Los mongolianos tienen ya sus facies asiática al nacer; y sin desconocer el valor de los síntomas físicos que hemos pasado en revista, muchos de ellos apreciables desde el primer examen de un mongoliano recien nacido, no es menos cierto que todo ese cuadro sintomático físico, si está aislado, solamente se aproximará, más ó menos, á la descripción de la facies de un japonés, pués si no se acompaña de la deficiencia psíquica característica del idiota, nuestro mongoliano diagnosticado en la cuna, podrá resultar á

su tiempo físicamente imposible de diferenciar de un mongol auténtico—no mongoliano—pero con el volumen psíquico de un Takamine ó de un Kuroki, ó de tantos otros hijos famosos del poderoso imperio oriental.

Es indispensable, pués, que el examen psíquico resulte encuadrado en el sindroma idiocía, para que un mongoliano pueda llamarse tal con propiedad.

Ahora ¿cómo apreciar el estado psíquico de un niño idiota? Generalmente la madre lo aprecia mejor y antes que el médico, desde poco después del nacimiento. Ella lo hace á su modo y después le dice al médico. «*Yo veía que no era como los otros.*» Por la contínua observación, es la madre la que percibe los tintes, tan delicados en los primeros meses; el niño presenta un aspecto general, especial en cada caso, que solo la experiencia permite juzgar—y ese modo de ser tan especial en los niños normales, que no se encuentra en el idiota, debe de ser lo que llama la atención de los que rodean contínuamente al mongoliano. Aparte de este conjunto especial del recién nacido, que no podemos describir mejor, hay un un grupo de manifestaciones que todos los niños ofrecen desde el principio: el grito, los movimientos, la mirada, la acción de mamar. De nuestras

observaciones, solo en la VII encontramos que la madre refiere que desde el principio la niña presentaba dificultad para mamar, como si cada nueva tentativa no se añadiera á la precedente para determinar un hábito.

Otras veces el grito persistente y prolongado es lo que llama la atención de la madre. En algunos casos el niño no fija la mirada sino tardíamente, ó aun cuando parece que la fijara en un objeto, cuando éste se mueve, no lo sigue; otras veces mira á un lado y á otro continuamente, sin detenerse en ninguno, como si nada llamara su atención. Algo parecido de lo que con la vista, suele pasar con el oído, pareciendo que los niños fueran sordos.

Las primeras sonrisas que espera impaciente la madre de los labios de su hijo no se producen: las cosquillas, la risa de la madre, todos los recursos que ella posee, no dan resultado

Solier llama especialmente la atención sobre la risa, que es especial al hombre; hay idiotas profundos que no ríen ni lloran jamás. En los mongolianos esto pasa solamente al principio, antes del año; despues veremos que cuando son de más edad se caracterizan por lo risueños.

La motilidad del niño, por limitada que sea, tiene algo de especial en el niño normal, que no

se encuentra en el mongoliano, como no se encuentra en los otros idiotas. Las madres de los mongolianos dicen que sus niños eran, hasta antes del año, muy blandos, *como de trapo*, lo cual resalta sobre la gran motilidad, sin objeto, que los caractizará más tarde.

No pretendemos entrar á discutir á qué se deben estas diferencias precoces; pero no debemos de olvidar el estado anatómico en que se encuentra el cerebro, profundamente alterado, ni lo que pueda corrresponder al estado de los órganos de percepción y de transmisión.

Más tarde viene la madre á consultar, porque nota que su hijo es muy atrasado: no habla, no camina, no tiene dientes al año, al año y medio, á los dos años. Generalmente á los tres años comienza á emitir las primeras sílabas y á interesarse en lo que le rodea. Ya no es tanblando, su fisonomía es á esa edad muy vivaz, gesticula continuamente, ríe con frecuencia y tiene un aspecto general cómico todo lo que hace.

Sin embargo, sus progresos se limitan á estas manifestaciones; su vocabulario queda reducido á pocas palabras pronunciadas con voz ronca; no aprende á ser limpio, y aunque es afectuoso con la madre y con los que vé diariamente, dificilmente, según la opinión de Andriezen y Fennell,

los mongolianos son susceptibles de educación. No es esto, sin embargo, fatal y el profesor doctor Cabred, nos ha referido que en uno de sus viajes por el interior de nuestro país encontró, en una familia que también viajaba, un mongoliano de 14 años que había aprendido á escribir.

El mongoliano es amante de la música, como lo hemos comprobado en casi todas nuestras observaciones.

Langson Down y otros autores que han estudiado los mongolianos de los asilos, los han encontrado imitadores. Aparte de estas particularidades, el mongoliano psíquicamente sə confunde con los demás idiotas.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del mongolismo es sumamente fácil en los niños que tienen de dos á tres años: el cuadro sintomático está generalmante completo, uniéndose á la facies asiática marcada, el estado psíquico fácil de apreciar á esa edad.—En estos casos, desde que el niño entra al consultorio, desde antes que la madre exprese los motivos que la inducen á consultar, se sospecha el diagnóstico por la facies tan especial; y á poco que se inicie el interrogatorio, las probabilidades aumentan, y generalmento al fin del examen se llega á la confirmación,

A esta edad lo traen porque no camina, no habla, porque tiene muy pocos dientes; está muy atrasado. Casi siempre padece de constipación. Recogiendo antecedentes, se encuentra con que

se trata generalmente del último niño de una numerosa familia, aunque no siempre, cuyos padres son viejos, á veces alcoholistas, trabajadores *surmenés*.—Durante la preñez frecuentemente la madre ha tenido disgustos ó perturbaciones morales de importancia.—Al nacer, aunque bien conformado, el niño llamó la atención porque era muy blando, *como de trapo*, á veces pareciendo tener dificultades para mamar, y por su carita de chino ó de japonés; á medida que pasaba el tiempo, el retardo general del niño se manifestaba: solamente al año consiguió mantenerse sentado, sus primeros dientes salieron al año y medio, tenía finalmente dos años y apenas se sostenía de pie cuando lo tenían de la mano; su talla crecia muy lentamente, como su peso.

El niño orina y defeca sin avisar; á pesar de sus dos ó tres años, apenas dice papá y mamá, tiene siempre la boca abierta, dejando asomar la lengua, no puede estarse quieto y gesticula continuamente. Es siempre braquicéfalo, con un índice cefálico que llega á 85; sus orejas están en implantación muy baja con lóbulos pequeños adheridos y pabellones muy separados de la pared craneana; sus ojos tienen hendiduras palpebrales pequeñas, oblícuas, se comprueba la epicantus, el estrabismo y á veces blefaro-conjuntivitis; la

nariz es ancha y deprimida en la parte superior, con orificios levantados; la boca se mantiene abierta, la lengua está en protrusión, con papilas hipertrofiadas y grietas más ó menos profundas; no hay además seudo lipomas, las extremidades son proporcionadas al tronco, las manos de idiota, los piés pequeños; el abdomen está ligeramente agrandado, el torax no presenta nada de particular en su forma, revelando algunas veces el examen del corazón una lesión orificial.

Pero si en niños de dos ó tres años, por el examen psíquico-somático se llega fácilmente al diagnóstico, en niños de menos edad, el diagnóstico ya no es tan fácil.

En el niño de mayor edad, el estado psíquico es fácil de apreciar, pero la facies mongoliana se hace menos típica; aunque la dificultad de encuadrar un enfermo en un tipo antropológico no debe de preocupar mayormente, pues desde el punto de vista práctico es completamente secundario que un idiota tenga facies de japonés, de azteca, ó corresponda al tipo ornitoide.

Es en los niños de menor edad en los que esa dificultad de apreciación del estado psíquico debe preocuparnos, porque correríamos el riesgo de ser desmentidos por la evolución del enfermo, sino nos pusiéramos á cubierto de la más elemen-

tal prudencia, impuesta por la deficiencia de nuestros recursos para formar juicio respecto á la mentalidad tan difícil de explorar, de un niño de pocos meses.—La observación posterior del niño durante un tiempo que ha de variar forzozamente en cada caso clínico, es la que ha de ayudar á fijar un diagnóstico de tan grandes consecuencias en el ambiente social del enfermo.

Sin desconocer la importancia de la facies dl enfermo, y aun todos los síntomas físicos, lógicamente, para declarar idiota á un sujeto, el mayor fundamento se basará en el examen psíquico. En antropología se procede en la misma forma: puede un sugeto tener todos los estigmas físicos de degeneración que se encuentran frecuentemente en un criminal y sin embargo ningún antropologista, por ese solo hecho, lo declarará criminal. Ese mismo criterio debe de aceptarse en pediatría: más aún, puede un niño de 2 ó 3 meses tener facíes asiática, traer en sus antecedentes detalles de una gestación penosa, grandes disgustos de la madre durante el embarazo, ser hijo de padres viejos y alcoholistas, ser el décimo hijo y no por eso, en un niño de 3 meses, podrá tenerse la seguridad de que se trata de un mongoliano sino después de una observación ó menos prolongada.

Insistimos en este asunto porque en la bibliografia hemos leído historias clínicas de niños de 3 meses y de menos, algunas terminadas por la muerte y otras en que el autor declara no haberlos visto sino una vez, con diagnóstico de mongolismo.

Al tratar en el capítulo de sintomatología, sobre las desemejanzas que se observan en los niños muy jóvenes que resultan francamente idiotas más tarde, anotamos las ligeras diferencias que se van comprobando en el curso del desarrollo, y aunque ese conjunto especial del recién nacido tiene valor, no creemos que sea posible ser terminante y lanzar un diagnóstico sin reservas, tratándose de niños tan jóvenes.

En resumen: el diagnóstico no puede ser sino presuntivo y debe de esperarse la evolución para salir de las reservas que en estos casos todo médico prudente debe de hacer al exponer su opinión á la familia.

Aunque la primera publicación sobre el mongolismo fué hecha en 1866 por Down, hasta que Neumann, Suterland, Bourneville y Comby de 1900 en adelante, iniciaron la serie de trabajos más completos, los mongolianos estaban clasificados

entre los mixedematosos de los asilos y de las salas de pediatría.

Son estos autores quienes han fijado los caracteres diferenciales de la *idiocia mongoliana* y de la *idiocia mixedematosa*.

El mongoliano tiene su tipo característico desde el nacimiento, mientras que en el mixedematoso lo más frecuente es que, en tanto que persiste la alimentación materna, los síntomas sean poco pronunciados: el primero *nace* mongoliano y el segundo se *hace* mixedematoso.

La fisonomía del mongoliano es generalmente cómica, llena de gestos, con expresión de bondad y timidez; el mixedematoso muestra un aire de importancia, de seriedad, de desdén. Los movimientos del primero, que es imitador, son vivos, desplegando siempre gran actividad, lo que hace difícil retratarlo; el segundo hace escasos movimientos, y se está casi siempre quieto.

El mixedematoso es siempre un enano, de cabeza voluminosa, braquicéfalo; el mongoliano, aunque de talla menor que la correspondiente á su edad, tiene cabeza la más bien pequeña y es también braquicéfalo.

En el primero la fontanela persiste durante muchos años abierta y en el segundo está generalmente cerrada de los 2 $^1/_2$ á los 3 años.

La piel del mixedematoso es seca, espesa, plegada, semejante á la piel edematizada, pudiendo observarse seudo lípomas; los cabellos son gruesos y raros, muy quebradizos, secos. La piel del mongoliano no presenta este aspecto ni esta consistencia, ni se observan en él seudo lipomas; los cabellos son abundantes, finos, no quebradizos ni secos.

En ambos las hendiduras palpebrales son pequeñas pero en el mixedema se debe á la tumefacción edematosa especial. En el mongolismo se encuentra con frecuencia epicantus, estrabismo y nistagmus, que son raros en el mixedema.

En ambos á veces hay blefaritis. Los dos tienen la boca abierta, la lengua voluminosa, la dentición tardía; pero en el mongoliano se observan en la lengua las papilas hipertrofiadas y las grietas que hemos descripto; y el paladar es casi plano y ancho en el mixedematoso.

Las orejas también ofrecen caracteres particulares al diagnóstico diferencial, siendo grandes, blandas, de forma ordinaria en el mixedema; mientras que son más bien pequeñas, con pabellón muy separado, lóbulo pequeño y adherente en el mongolismo.—El cuello es corto en el primero; de longitud proporcionada en el segundo.

El mixedematoso es generalmente un obeso,

con hernias umbilical é inguinal; el mongoliano tiene el abdomen muy poco agrandado y rara vez tiene hernias.

Las malformaciones torácicas, las desviaciones de la columna, se encuentran en el primero solamente, que á más suele presentar deformaciones raquíticas en los miembros. La laxitud articular no se nota sino en el segundo.

El primero es muy sensible al frío; ambos son generalmente constipados.

Por lo general, el mixedematoso vive muchos años, mientras que el mongoliano alcanza rara vez 20 años.

Finalmente el tratamiento tiroideo mejora notablemente al mixedematoso, mientras que es casi completamente ineficaz en el mongoliano.

Algunos autores han insistido en la diferenciación del raquitismo y del mongolismo. La gran diferencia resalta recordando que el raquítico no es un idiota.

A veces ha podido confundirse con las formas atípicas de acondroplasia.

OBSERVACIONES CLINICAS

SALA VI—HOSPITAL DE CLÍNICAS (SERVICIO DEL PROF. CENTENO)

JEFE DE CLÍNICA, DR. ELIŻALDE

CASO I.

Febrero 10 de 1907.

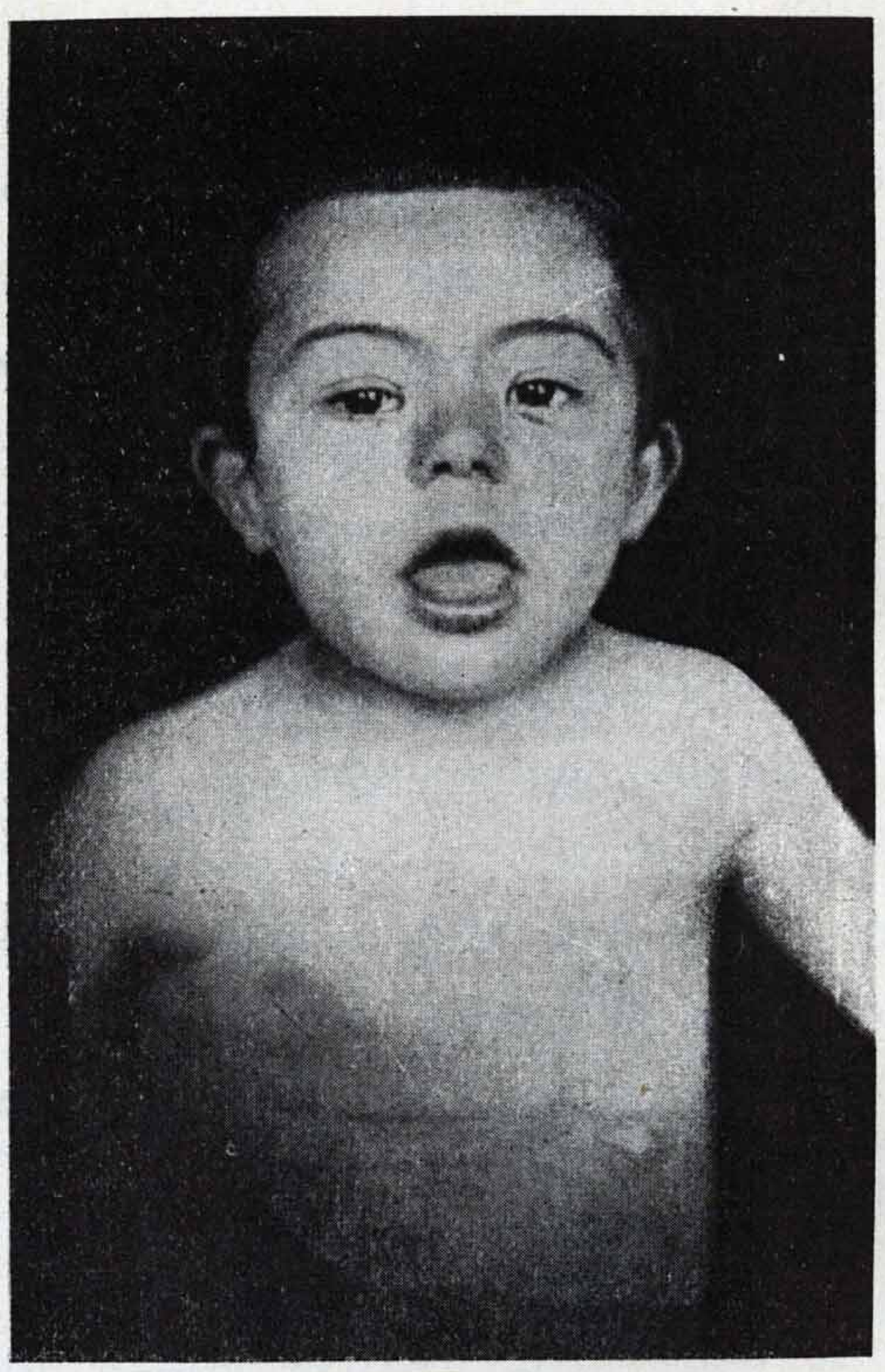
P. M.—4 y 1/2 años—Argent., Sexo masculino. Lo trae el padre porque tiene enuresis nocturna y porque es muy atrasado en su desarrollo psíquico y físico.

Antecedentes — Sus padres son rudos labardores, que no son capaces de dar sinó escasos antecedentes. El padre tiene 60 años, la madre 40; han tenido ocho hijos, siendo este el último.

En cuanto á antecedentes mórbidos, los padres declaran que nunca han estado enfermos:

no dan antecedentes de alcoholismo ni de sífilis.

En cuanto á la gestación de este niño, la madre no dá sino datos poco precisos, pero parece haber sido normal. El parto no tuvo nada de



particular, naciendo el niño á término, bien conformado. Caminó á los dos años y tuvo sus primeros dientes por la misma época más ó menos.

Han sido siempre sanos sus demás hermanos.

Datos más minuciosos no ha sido posible consignar por la dificultad que hemos anotado.

Estado actual — Niño blanco, de cabellos castaños. Aspecto de niño sano, sin flacura ni adiposis. Facies mongoliana, sin expresión, coincidiendo con su estado de desarrollo intelectual. Piel delgada, deslizando fácilmente sobre el panículo adiposo, que está normalmente distribuído, no notándose pseudo lipomas. Cabeza redonda, siendo el cráneo braquicéfalo (I: C. 80.20) de planos frontal y posterior tendiendo al paralelismo, siendo la norma occipital más ancha que la frontal. Las fontanelas están cerradas.

La cara es perfectamente ovalada, simétrica, con arcos superciliares salientes; las cejas son abundantes, de color castaño, formando una línea bien arqueada, de concavidad inferior. Los párpados son de espesor normal, no hay blefaritis, hendiduras palpebrales no muy estrechas, ligeramente asimétricas, con ejes formando ángulo obtuso poco marcado, de seno superior. Hay epicantus bien marcado, no hay estrabismo, no hay nistagmus; son iguales las pupilas y es normal su reacción. Nariz ancha con raiz deprimida y orificios externos pequeños y levantados, tabique espeso. Pómulos simétricos, bien redon-

deados; sin coloración distinta del resto de la cara, que es ligeramente cianótica; mejillas de coloración rojo vinosa.

Boca grande, de labios algo gruesos, casi siempre entreabierta, dando paso á la lengua, que está algo agrandada, con papilas hipertrofiadas y grietas poco profundas.

La dentadura no ofrece nada de particular; está completa la primera dentición. Paladar poco excavado. Faringe de color normal con amígdalas normales y vegetaciones adenoideas. Hay prognatismo poco marcado del maxilar inferior. Orejas pequeñas, simétricas, en implantación baja, con lóbulo pequeño, adherido, pabellón bastante separado del cráneo. Cuello de forma normal y tamaño proporcionado; cuerpo tiróides no palpable.

Miembros superiores é inferiores proporcionados; manos frías ligeramente cianóticas, dedos proporcionados, meñique divergente y corto. Los pies no ofrecen nada de particular.

Abdómen y torax de forma y tamaño normales; no hay rosario costal. A la auscultación se nota un soplo sistólico intenso en el foco de Roger. Hay hernia umbilical pequeña.

Testículos normales.

Palabra lenta, muy dificultosa, siendo el

vocabulario limitadísimo (*papá*, *mamá*, *papa*).

Temperatura normal.

Se le dá extracto de beladona en píldoras de Ogr. 01, consiguiéndose que mejore la enuresis.

La opoterapia tiroidea proseguida regularmente durante tres meses, no ha dado ningun resultado apreciable.

CASO II.

Marzo 20 de 1907.

L. C., 14 meses arg. — sexo femenino.

La madre recurre á este consultorio porque encuentra que su hija es muy atrasada: no habla ni monosílabos, no es capaz de sentarse sola, no tiene un solo diente.

Antecedentes — La madre tiene 25 años y el padre 22, es esta niña el primero y único hijo. La madre dice que nunca ha estado enferma. El padre, hace 6 años, tuvo una afección que fué diagnosticada *tétano* en el Hosp. San Roque, y que curó en 7 meses.

Durante la gestación de esta niña la madre ha tenido que soportar grandes disgustos por desgracias de familia y dificultades económicas.

El parto fué normal, á término con feto muy pequeño.

A pesar de que la niña no ha tomado sinó la alimentación materna hasta la fecha, y de ser la madre una buena nodriza, solo pesa 3,680 grs.

La niña ha sido siempre constipada y hace cuatro meses tuvo una bronquitis de la que sanó en 15 días con asistencia médica.

Estado actual — Niña blanca, flácida, con cara sonrosada de tinte más subido en la mejilla y en la nariz. Muy poco desarrollada para su edad, pués no representa sinó una niña de dos á tres meses (aunque solo pesa 3680 crs., mide 0,58 cents. de largo).

Cráneo pequeño, marcadamente braquicéfalo, fontanela anterior abierta (I. C. 85.20) — Circunferencia occípito frontal 0,46 cts.; orejas en implantación muy baja con pabellón separada del cráneo, tendiendo á hacerse horizontal; lóbulo pequeño, adherido. Facies mongoliana, ojos con hendidura palpebral pequeña, con oblicuidad marcada hácia arriba y hácia afuera; ligero epicantus; no hay estrabismo ni nistagnus. Hay blefaro conjuntivitis crónica con ectropión espasmódico. Boca casi siempre abierta con protrusión de la lengua, que se encuentra roja en la punta con papilas hipertrofiadas, sin fisuras.

Paladar ojival. Ningun diente.

Nariz chata sobre todo en la raiz de implantación, entre los dos ojos. Hay coriza.

El cuello y el torax están normalmente conformados y no revelan al exámen clínico nada de particular.

Las extremidades son proporcionadas al tronco; llaman la atención las manos que son pequeñas y gruesas, siendo proporcionado el meñique á los demás dedos.

La niña concurre durante 6 meses al consultorio en donde la hemos podido observar asíduamente. En este transcurso fué tratada su constipación, reglamentada su alimentación y más tarde comenzado el destete, porque la nodriza disminuía su leche, y á pesar de todos los cuidados solamente ha aumentado su peso de 3,680 á 3,900 grs.

CASO III.

Agosto 24, de 1907.

H. B.—13 meses—arg.—sexo masculino.

Este niño es traído al consultorio de cirujia de esta sala por una mastoiditis cuya evolución comenzó hace un mes.

Al nacer, aunque de buen aspecto general, llamó la atención de sus padres su facies mongoliana, que según la madre ha ido acentuándose más y más.

Antecedentes—El padre es zapatero, sano, de 50 años de edad. No es alcoholista; es fumador. La madre tiene 43 años; ha padecido de jaquecas. Los abuelos maternos y paternos han muerto á edad avanzada; tres tíos paternos son sanos; una tía materna es sana. Ni. tios maternos ni paternos muertos.

Este niño es el décimo y último hijo de este matrimonio. El tercer hijo murió de difteria cuando tenía tres años.

La gestación fué normal, solo hubo escasos vómitos durante el tercer mes; el parto fué normal, á término.

El niño ha tomado la leche de la madre hasta la fecha, como único alimento. No tiene dientes, nunca ha caminado.

Desde que tuvo 8 dias de edad llamó la atención de sus padres un ronquido especial en el pecho, que desapareció á los dos meses de edad.

Hace dos meses tuvo una bronquitis, segun la opinión del facultativo que lo vió y hace un més comenzó á notarse detrás de la oreja dere-

cha una pequeña tumefacción que se puso después tensa y roja, por lo que se dirigió al consultorio de cirujía de esta sala.

Estado actual—Niño flácido, de piel bianca, con regular paníeulo adiposo, sin seudo lipomas; de cabello castaño, abundante y fino.

El cráneo, es netamente braquicéfalo (I. C. 83.20); circunferencia occípito frontal 47 centímetros siendo la norma posterior más ancha que la anterior, pero con tendencia al paralelismo. Fontanela ampliamente abierta, orejas en implantación baja con lóbulo pequeño, adherido: pabellón rechazado hacia afuera, siendo esta separación más acentuada del lado de la mastoiditis.

Cara ovalada, simétrica; cejas de color castaño claro, un poco abundante. Párpados delgados, inflamados en el borde, con pestañas finas, escasas. Hendidura palpebral pequeña, de eje oblícuo hacia adentro y hacia abajo. Hay epicantus marcado. Ojos móviles, con estrabismo convergente, no hay nístagmus, pupilas iguales, con reacción normal.

Nariz achatada en la raiz con orificios dirijidos hacia abajo, pómulos poco salientes, mejillas flácidas, de color rosado muy marcado. Mentón chato del color de lasmejillas.

Boca grande, casi siempre entreabierta con labio inferior flácido, colgante; lengua ligeramente agrandada, con papilas hipertrofiadas, sin grietas.—No tiene dientes; encías normales, paladar

con depresión ojival, central. Amígdalas de tamaño normal, no hay vegetaciones adenoideas.

Cuello de aspecto normal.

Extremidades proporcionadas al resto del cuerpo; mano pequeña, gruesa, con dedos propor-

cionados, el meñique incurvado y separado hacia afuera.

Abdomen abovedado, ligeramente aumentado de volúmen. No hay hernias. Testículos en las bolsas, de tamaño normal.

El torax tiene su forma normal y el exámen del corazón y de los pulmones no revelan nada de particular.

Este enfermo fué intervenido por su mastoiditis, La curación seguía su curso normal cuando sobrevino sarampión, que á los diez dias se complicó con bronco-neumonia. Tratada en el consultorio de clínica, durante quince dias, la evolución fué de tendencia hacia la curación cuando bruscamente, de acuerdo con el pronóstico de nuestro maestro Centeno, se agravó y terminó con el enfermo, cuya autopsia nos fué imposible practicar á pesar de todas nuestras gestiones.

CASO IV

Septiembre 2 de 1907

A. G. 1 1/2 años, arg.—Sexo masculino.

Viene la madre á consultar por que encuentra que su hijo es muy atrasado: no habla, no camina.

Antecedentes—Durante el tercer mes de la gestación de este niño, que es segundo hijo, tuvo la madre que sofocar personalmente un incendio que se produjo en la casa en que vivía; dos meses después intervino personalmente para separar á dos hombres que se tomaron en pelea en su misma casa.

El parto fué muy rápido; el feto muy pequeño, nació asfixiado.

A los nueve días tuvo el niño fiebre intensa, gran agitación y tumefacción enorme de las bolsas que desapareció en 15 días.

Dentición: sus primeros dientes aparecieron á los once meses.

Alimentación: lactancia materna exclusiva hasta la fecha.

Padece de constipación que á veces dura una semana.

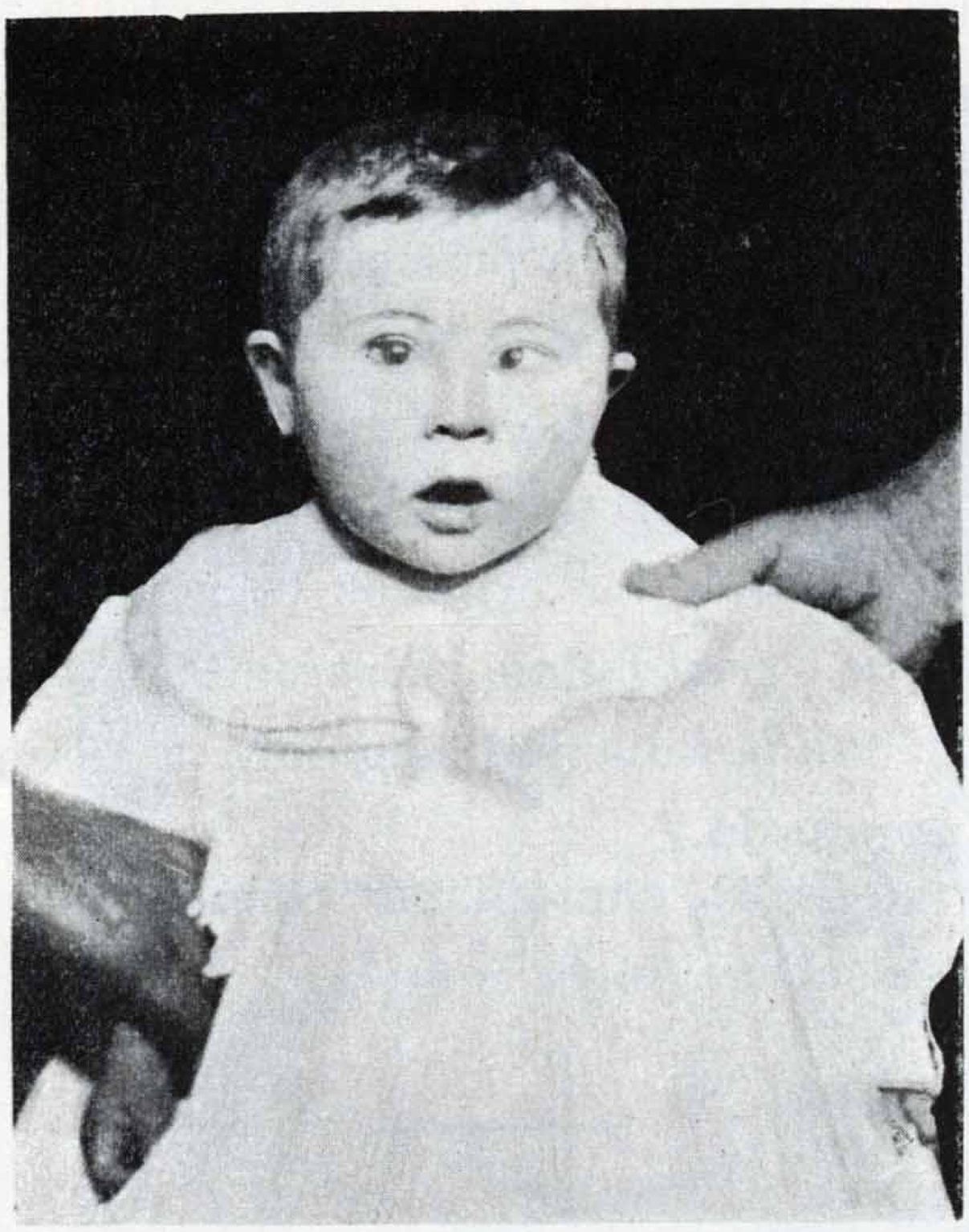
Este niño comenzó á tener su cabeza erguida á los ocho meses y á mantenerse sentado á á los diez y seis meses.

Los padres, muy bien conformados han sido siempre sanos, teniendo la madre 21 1/2 y el padre 24 y 12 años al nacer el niño. No hay antecedentes de alcoholismo ni sífilis.

El hermano mayor tiene tres años, es inteligente y sano.

Estado actual—Niño de piel blanca, de cabello rubio, con buen panículo adiposo y esqueleto proporcionado para su edad (mide 73 centímetros de largo).

Peso: 8300 gramos.



Facies mongoliana típica, cráneo bronquicéfalo (I. C. 88.66). La circunferencia occípito frontal mide 45.5 centímetros con abundantes cabellos lisos, fontanela muy pequeña, orejas en ansa con tubérculos de Darwin bien marcados y lóbulo adherido.

Hendiduras palpebrales formando por su prolongación ángulo obtuso de seno superior.

Hay epicantus y nistagmus horizontal, estrabismo convergente muy marcado, no hay blefaro conjuntivitis.

Nariz achatada sobre todo en la raiz; boca casi siempre entreabierta dando salida de vez en cuando á la lengua, que está algo hipertrofiada descamada en la punta, sin grietas;

No tiene amígdalas hipertrofiadas ni vegetaciones adenoideas; tiene seis dientes incisivos. Cuello y troncos proporcionados.

El examen de los órganos torácicos no revela nada de particular. Extremidades proporcionadas; sindactilia del segundo y tercer dedo del pie izquierdo.

No habla, no camina, no conoce á la madre, le llama la atención la música.

CASO V

Septiembre 20 de 1907.

D. S., 2 1/2 años, arg. Sexo femenino.

La madre la trae porque no habla, no camina, pasa gran parte del tiempo sentada y solo puede permanecer parada un momento. Da mues-

D. S. 2 años y medio

tras de conocer á la madre y escasas pruebas de afectividad.

Antecedentes—Durante el tercer mes de embarazo, la madre que vivía en un conventillo, se vió obligada á impedir que un vecino ebrio entrara á sus habitaciones. El parto fué normal, después de un embarazo á término, teniendo al nacer la niña, la madre de 39 años y el padre 51, ambos sin antecedentes patológicos dignos de mención. Es la última entre nueve hermanos maternos. El padre, viudo, tuvo cuatro hijos de su primera esposa. Ni sífilis ni alcoholismo en los antecedentes.

Alimentación: lactancia materna hasta los nueve meses; después lactancia artificial y alimentación mixta desde los 18 meses.

Dentición: al año le aparecieron los cuatro caninos, al año y medio el incisivo superior izquierdo lateral y los dos incisivos medianos inferiores, y hace un mes el primer molar inferior derecho.

Estado actual: Niña de piel blanca, cabello rubio, abundante, con esqueleto no proporcionado á su edad (70 cents. de altura). Facies mongoliana típica. Hendiduras palpebrales oblícuas hacia arriba y hacia afuera, estrabismo convergente muy marcado, epicantus y blefaro-conjuntivitis. No hay nistagmus.

Nariz aplanada sobre todo en la base, entre los ojos, boca casi siempre entreabierta, dejando salir la lengua, que está algo agrandada, con papilas hipertrofiadas y algunas grietas; orejas en inserción baja, pequeñas, en ansa, can lóbulos adherido.

Cráneo braquicéfalo (I. C. 89) Circunferencia occipito frontal 44 centímetros. Fontanela anterior abierta.

Torax bien desarrollado, sin rosario costal. Abdomen: grueso vientre poco marcado.

Extremidades proporcionadas, mano pequeña con separación del meñique, pie prehensil.

Esta niña cuando se sienta adopta constantemente la posición de sastre.

Durante los seis meses últimos, esta enferma ha concurrido regularmente al consultorío. Se le ha hecho masaje sistemáticamente día de por medio y actualmente puede dar algunos pasos.

CASO VI

Octubre 25 de 1907.

S. L. 5 anos; arg—Sexo masculino.

La madre lo trae porque su hijo se muestra muy atrasado: pronuncia solamente disílabos, por

señas avisa cuando vá á defecar, pero de noche defeca y orina en cama, sin avisar.

Antecedentes: Es séptimo hijo en una familia de siete hermanos. El padre, al nacer este hijo, tenía 51 años, y la madre 43; ambos son sanos.

Son sumamente pobres y muchas veces falta el alimento á esta familia, que vive en una pieza de inquilinato. Durante la gestación de este niño, la madre ha tenido que soportar las mismas privaciones y trabajos que durante los anteriores. El parto fué normal, á término, llamando la aten-

ción de sus padres la pequeñez del niño, que creció muy lentamente, alimentado hasta los 18 meses por la madre exclusivamente, á pesar de lo cual padeció de frecuentes diarreas que se alternaban con períodos de constipación.

Sus primeros dientes le aparecieron al año. Caminó recién á los dos años.

Hace un año tuvo una úlcera de la córnea, del lado derecho.

Estado actual: niño blanco, de cabellos castaños, poco desarrollado para su edad, correspondiendo su tamaño á un niño de tres años escasos (80 cts. de alto y 14300 gramos de peso) Cráneo braquicéfalo (I. C. 87) Circunsferencia occípito frontal 45 cent.—Orejas en ansa, pequeñas, con lóbulo no adherido—Fontanela anterior muy pequeña.

Facies mongoliana, oblicuidad de las hendiduras palpebrales, estrabismo convergente marcado, epicantus, leucoma de la córnea (O. D.) blefaroconjuntivitis crónica; no tiene nistagmus.

Boca siempre entreabierta, macroglosia poco marcada punta de la lengua descamada, con papilas hipertrofiadas y grietas.—Primera dentición completa.—Amígdalas hipertrofiadas; tiene vegetaciones adinoideas.—Cuello normal.

Torax simétrico con excursión limitada;

bronquitis generalizada de los bronquios medianos. Corazón normal. Extremidades proporcionadas, con separación marcada del meñique,

Bazo palpable.

Se trata su bronquitis y se le dan consejos á la madre para la educación del niño.

CASO VII

Diciembre 28 de 1908.

C. S. 14 meses: —arg. sexo femenino.

Lo traen á esta sala por indicación del jefe de clínica oftalmológica Dr. Noceti, quién fué consultado por el nistagmus muy marcado que la enferma presenta.

Antecedentes—Durante el tercer mes de la gestación de esta niña, que es la 6.ª hija, la madre venía de Europa en viaje y tuvo que soportar las molestias consiguientes á un gran temporal, durante el que creyó que el buque estaba á punto de naufragar. Padeció á más de grandes fatigas con móvitos incoercibles y gruesas várices en los miembros inferiores. El parto fué normal, á término y la niña nació bien conformada llamando la atención desde los primeros meses su nistagmus.

Al nacimiento de esta niña la madre tenia

42 años, el padre 48 años y hacía 20 años que se habían casado. De los seis hijos que tuvieron vive el primero, el segundo murió de tifoidea á los 14 años (tendría ahora 16 años), el tercero vive y tiene 14 años, el cuarto fué un aborto, el

quinto nacido hace doce años y cinco meses murió á los cuatro años después de una afección á la garganta que la madre no precisa. Los padres han sido siempre sanos y los otros dos hermanos nunca han estado enfermos. Ni sífilis, ni alcoholismo en los padres. El padre es un gran fumador.

Estado actual. Niña de piel blanca, de cabellos rubios, representando solamente de 7 á 8 meses de edad, pesa 4860 grs. y mide 71 cemts.

Facies mongoliana típica, no habla, no se sienta. Todas sus articulaciones dan una excursión exajerada en los movimientos pasivos que se le imprimen. Tejidos flácidos.

Llama la atención no tanto la dirección oblícua de las hendiduras palpebrales, como el nistagmus que es muy marcado y el estrabismo convergente. Hay blefaritis ciliar y epicantus.

La boca está casi siempre entreabierta practicando contínuos movimientos de succión aún en seguida de mamar; cuando queda inmóvil dá paso á la lengua que está muy poco agrandada y presenta ligera hipertrofia papilar y descamación epitelial en la punta, sin grietas.

Cráneo braquicéfalo (I. C. 81). Nariz chata, hundida sobre todo en la raiz. Fontanela anterior y posterior ampliamente abiertas. Sutura lamboidea apreciable fácilmente al tacto.

La circunsferencia occípito-frontal mide 45 centímetros.

El cuello y el torax no presentan nada de particular. No hay síntomas de lesiones cardíacas ni pulmonares.

Las extremidades son proporcionadas, pero el

pié y las manos son muy pequeños, siendo notable la hipoplasia del meñique.

Examinando la nodriza se constata gran escasez de leche y se indica la conveniencia de tomar una buena nodriza.

A pesar de haberse cumplido nuestra prescripción los progresos que ha hecho la niña en los tres meses que concurre al consultorio son casi imperceptibles.

CASO VIII

Marzo 14 de 1908.

J. V. 6 años y 10 meses-arg. sexo masculino.

Antecedentes—Es el octavo hijo de un matrimonio que data de 26 años. Después de este niño la madre tuvo un último embarazo que no llegó á término, sobreviniendo un parto prematuro con feto muerto después de una violenta caída sobre el abdomen.

De los siete hermanos restantes, viven cinco, habiendo muerto los otros de afecciones gastro intestinales, antes de cumplir un año.

El padre tiene 49 años, es italiano, carpintero, alcoholista, de resultas de cuyo hábito padece del estómago hace 9 ó 10 años. Es un gran

fumador. Ha tenido 8 hermanos de los cuales uno murió de afección pulmonar que no precisa; los otros son sanos. Sus padres han muerto en edad ya avanzada.

La madre tiene 45 años, es sana y su única enfermedad ha sido una tifoidea á los 21 años, tiene dos hermanos sanos; otros dos han fallecido, de anginas que no precisa; sus padres han sido sanos y murieron á edad avanzada.

No hay antecedentes de sífilis en los padres del niño.

Durante toda la gestación de este niño, la madre pasó muy afligida y proocupada por los contínuos reproches que le dirijía su madrasta, con motivo de ser este su octavo embarazo y de encontrarse toda la familia en malas condiciones económicas, que serían empeoradas por la llegada del nuevo vástago. El embarazo llegó á término, el parto fué feliz, nació el niño de buen aspecto, aunque con cara de jáponés que llamamaba la atención de cuantos lo veían; á más era muy blando y mamaba con dificultad. Sentia la madre que desde los quince dias de edad el niño tenía un ronquido muy sonoro en el pecho, que se le quitó más ó menos al año. A los 5 meses comenzó á tener protrusión en la lengua, intermitente que ha persistido hasta la fecha pero siendo menos notable desde hace dos años.

A los 6 meses tuvo una enteritis con diarrea que curó dejándolo constipado, á grado tal que á veces pasaba 15 dias sin defecar.

A los tres años tuvo sarampión.

Alimentación: lactancia materna hasta los 15 meses, exclusiva; leche de vaca, pan, té con leche, sopas hasta los 2 1/2 años; después, de todo.

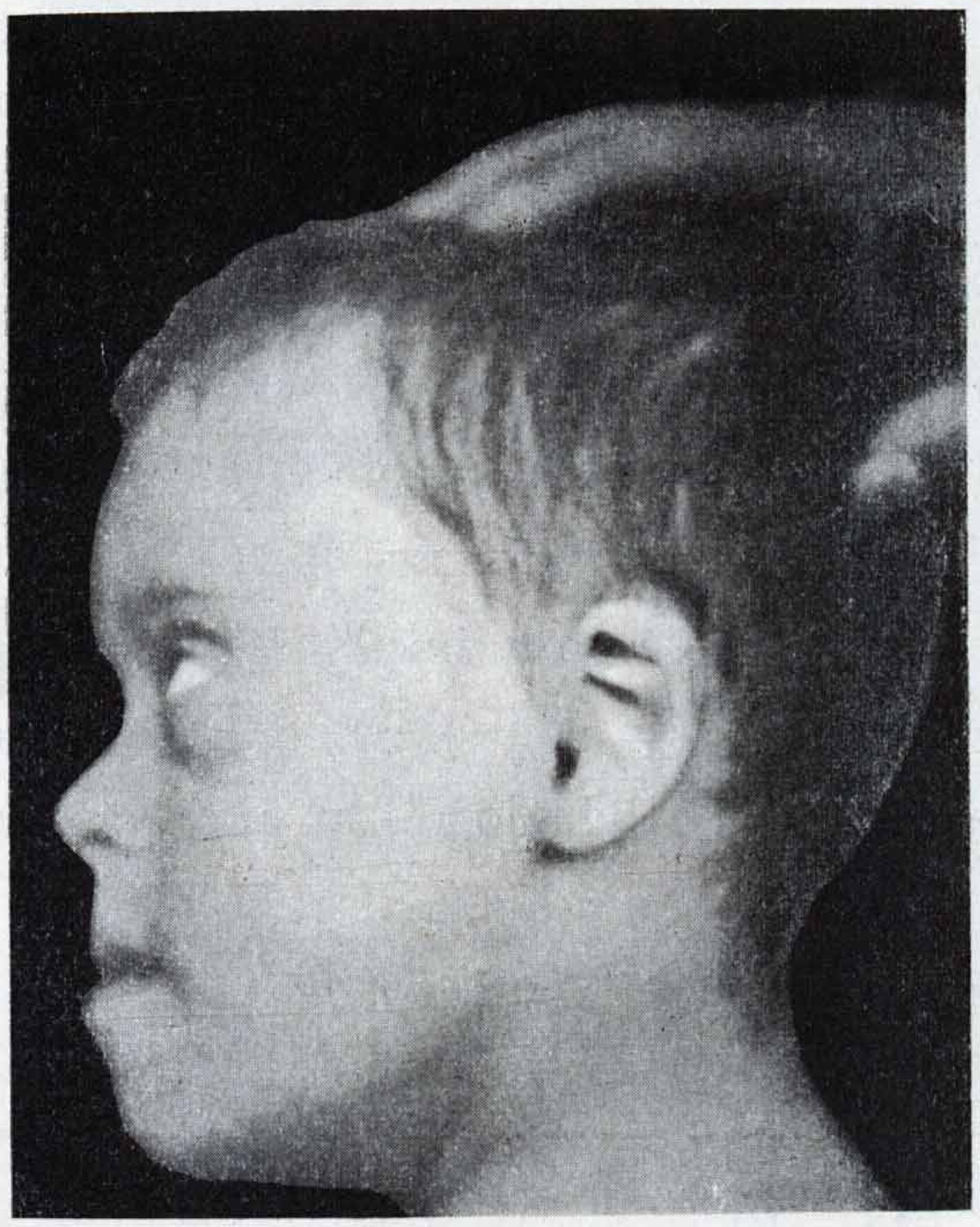
Los primeros dientes aparecieron á los ocho meses y se completó la primera dentición á los 3 1/2 años. Hace dos años, delante de los incisivos superiores derechos, le salió un diente que empujaba hacia adelante el labio, lastimándolo, por lo que la madre se lo hizo arrancar. Las muelas comenzaron á cariarse hace 1 1/2 años. No puede precisar la madre á qué edad se cerraron las fontanelas.

El niño comenzó á sentarse solo al año, pudo mantenerse de pié, apoyado hace dos años; caminó hace un año.

Estado actual:—Es un niño de piel blanca, fina, con regular panículo adiposo; no hay seudolipomas. Cabello castaño, lacio, no muy abundante, normalmente distribuído.

La fisonomía muestra la de un sujeto alegre, correspondiendo á una inteligencia más desarrollada. Su aspecto general es cómico; el niño gesticula continuamente.

La cabeza es redonda, pequeña: el cráneo es braquicéfalo (I. C. 90.30); mide 49 cts. de circunsferencia occípito frontal, La cara es ovalada, simétrica, los arcos superciliares poco salientes, las cejas escasas, las hendiduras palpebrales



son grandes con su gran diámetro oblicuo hacia afuera y hacia arriba; hay una ligera exoltalmia, estrabismo convergente poco marcado y pequeño epicantus, no hay nistagmus, las pupilas son

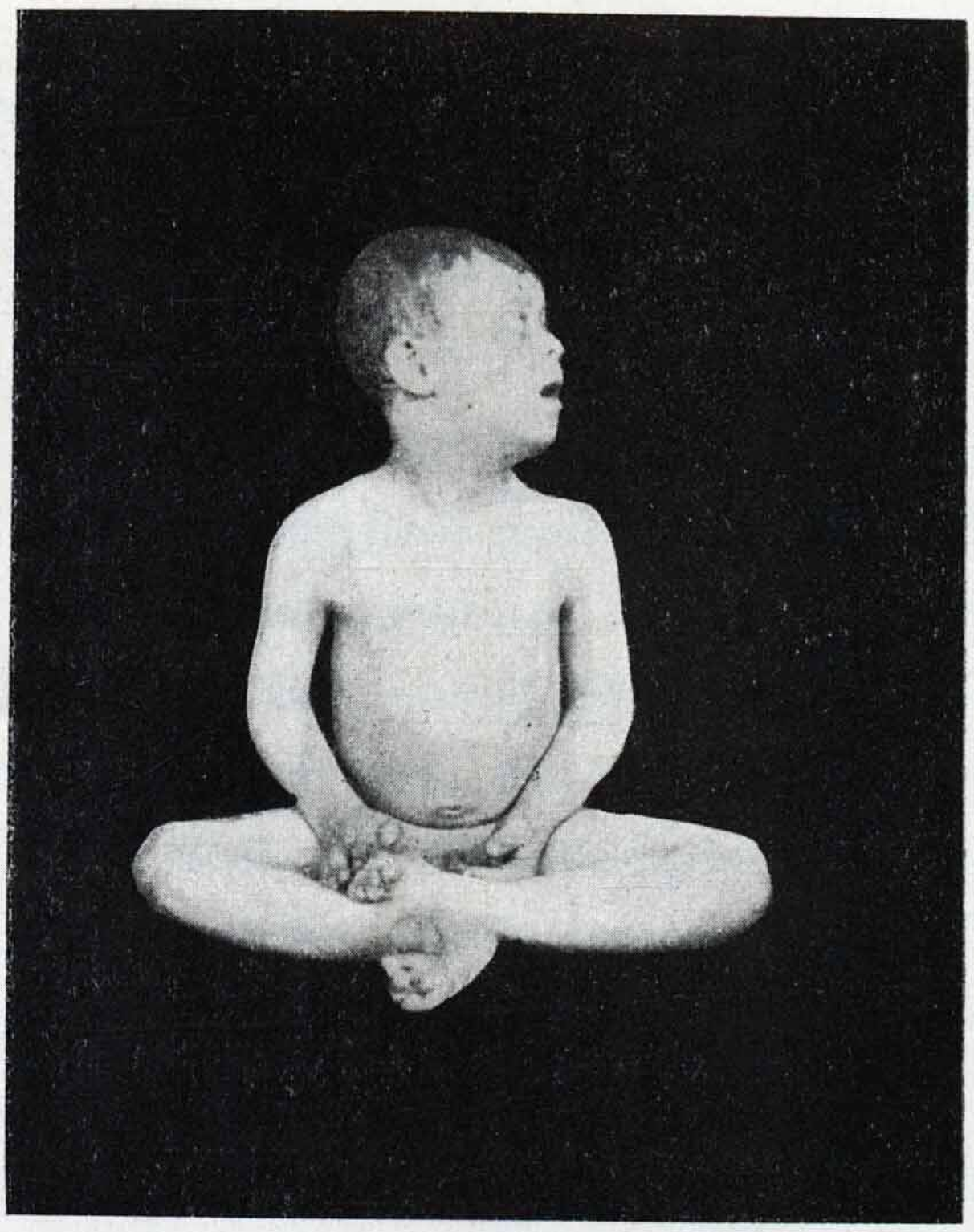
iguales y reaccionan normalmente. La nariz está deprimida en la base y los orificios dirigidos hacia adelante. La boca se mantiene constantemente abierta, saliendo fuera de ella la lengua de vez en cuando y mostrando sus papilas hipertrofiadas y profundas grietas en todo sentido, dándole el aspecto escrotal, como dice Comby. De la primera dentición solo falta una muela, que fué arrancada por un dentista, por caries; la implantación es regular, simétrica, las muelas que quedan están en diversos grados de caries. Las amígdalas están ligeramente hipertrofiadas; hay vegetaciones adenoideas. El paladar es ojival. Las orejas están en implantación simétrica, á buena altura; son pequeñas, con lóbulos también pequeños y adheridos. Las mejillas son rosadas, como los pómulos. El cuello no ofrece nada de particular á la inspección ni á la palpación.

El abdomen y el torax no presentan nada de particular. El exámen del corazón no revela ninguna lesión orificial.

Los miembros son proporcionados, al tronco; la mano es de *idiota*, típica, con meñique que no ofrece nada de particular; el pié corto, pequeño, grueso, prehensil.

El niño pesa 18 kilos y mide 101 cts. de alto.

Sus articulaciones son sumamente laxas y puede, pasando un miembro por detrás de la



espalda tocarse la cara con los dedos del pié. Cuando se sienta adopta la posición de sastre.

El sueño es tranquilo, profundo.

El niño es de carácter pacífico, alegre; no se está un momento quieto y solo deja de agi-

tarse cuando oye música. No habla sinó *papá*, *mamá* y conoce á los que vé diariamente.

Orina y defeca sin avisar.

Es constipado habitualmente.

Se le dá consejos á la madre y se prescribe tabletas de tiroidina.

PRONÓSTICO

En el Hospicio de las Mercedes, sobre 103 varones idiotas mayores y menores de 15 años, no hay ningún mongoliano; en el Hospital Nacional de Alienadas, sobre 300 mujeres idiotas en las mismas condiciones, no hay ninguna mongoliana; en la Sala VI del Hospital Nacional de Clínicas, sobre 3000 niños menores de 15 años, examinados durante 1907, se han diagnosticado *ocho* mongolianos.

¿Cual es el motivo por el que los idiotas que vemos en la sala VI no llegan á los pabellones de los Hospicios?

Ya dijimos que ambos Hospicios se encuentran en precarias condiciones de locales apropiados, que obligan á sus directores á no admitir estos enfermos.

Pero aun reconociendo la relativa escasa frecuencia, no deja de llamar la atención esta ausencia de mongolianos, sobre la cifra elevada de 400 idiotas.

A más de las razones expuestas, de orden administrativo, hay otra de gran importancia y es la poca vitalidad de los enfermos que estudiamos, muy vulnerables á la tuberculosis sobre todo.

Las malformaciones cardíacas que muchos autores mencionan con frecuencia, y que nosotros hemos comprobado en un caso (obs. I), y las múltiples manifestaciones de mala nutrición general que traen como consecuencia el retardo del desarrollo físico, dejan á estos sujetos escasas aptitudes para soportar la acción de las múltiples causas mórbidas, que encuentran en ellos fácil y próspero arraigo.

Muchos sucumben á la tuberculosis (Bourneville, Comby) y otras afecciones pulmonares (bronco-neumonia en nuestro caso III.), no siendo raras en ellos las afecciones gastro-intestinales.

En cuanto á la mejoría que puede obtenerse con los díversos tratamientos, ella varía según cada caso clínico: por lo general es malo el pronóstico en lo que concierne al desarrollo intelectual, sin negar los resultados favorables del método pedagogico bien dirijido.

El aspecto risueño y alegre del mongoliano, su motilidad, parecerían colocarlo entre los más educables de los idiotas, pero las decepciones sufridas por Fennell, le han hecho escribir que *el mongoliano promete mucho y dá poco.*

Respecto á la educabilidad, el caso de Shuttleworth es excepcional: se trataba de una mongoliana de 12 años que había aprendido á leer en un libro elemental y que sabía escribir su nombre. El caso del Dr. Cabred, que hemos referido, es igualmente excepcional.

Todo lo más que se puede esperar, es que estos niños aprendan algún trabajo manual de los más rudimentarios.

ANATOMIA PATOLÓGICA

No habiendo tenido la oportunidad de hacer una autopsia de ningún caso de mongolismo, no nos quedaba otro recurso para desarrollar este capítulo que compulsar la bibliografía, en lo concerniente á los casos autopsiados y estudiados después histológicamente.

En las primeras observaciones publicadas, con estudio anátomo patológico, se insiste principalmente sobre las dimensiones y la forma de la cabeza; más tarde se mencionan las particularidades morfológicas del encéfalo y es solamente en las investigaciones muy recientes que se han estudiado en algunos casos, las alteraciones de la estructura íntima del cerebro.

Al exámen macroscópico del cráneo de los mongolianos, Suterland constató la braquicefalía,

y la atribuyó á la osificación prematura; pero Fraser, que estudió el cráneo de una mongoliana de 40 años, no encontró que á pesar de su edad, el cráneo estuviera osificado. Kasowitz considera que la osificación se hace normalmente.

Sutherland pretendía hacer derivar de una osificación prematura la forma del cráneo para hacerla causante inmediata de la forma del cerebro. Es, como se vé, con motivo de la idiocía mongoliana, el mismo asunto de la microcefalia que de un concepto erroneo llevó á Lannelongue á intervenciones para liberar el cerebro que suponía aprisionado en una caja ósea detenida prematuramente en su desarrollo.

Willmarth atribuye al pequeño volumen y disminución de peso que ha constatado en el bulbo y la protuberancia de los mongolianos, el retardo de la nutrición y las demas particularidades anatómicas que se observan en los mismos; á las que cree causadas por falta de desarrollo de algunos grupos celulares de dichos órganos, encontrando normal el peso y no señalando alteraciones en el mismo.

Bourneville presentó al Congreso de alienistas y neurologistas de 1903, en Bruselas, los resultados obtenidos en cinco autopsias de mongolianos, habiendo sido en todos ellos causa de muerte las

afecciones pulmonares sobre todo la tuberculosis.

La glándula tiroidea se presentó en todos los casos con su aspecto normal, persistia el timo (edad de 5 á 20 años) y llamaba la atención la simplicidad de las circulaciones cerebrales, que ofrecían pocos pliegues de pasage.

En los cinco casos los hemisferios cerebrales eran iguales, así como los hemisferios cerebelosos.

En cuatro de estos casos Philippe y Oberthur practicaron el exámen histológico hallando «me-« ningitis fibrosa ligera, esclerosis predominante « en la túnica externa de lss arterias; adelgaza-« miento de la corteza cerebral interesando tam-« bien la sustancia blanca (microgiria); rarefacción « notable de células, gracilidad de la red de Exner, « trama neuróglica poco visible, decoloración « masiva, uniforme en las circunvoluciones (dis-« trofia) abundancia de vasos en la sustancia « blanca, vasos cuyas paredes son muyesclerosas, « con vaina adventicia ensanchada. En resumen « se trata de un proceso degenarativo con lesio-« nes distróficas muy avanzadas».

Vogt, notó, en un caso, detención del desarrollo de las células ganglionares de la corteza, cuya zona estaba mal delimitada.

Bourneville y Royer, en 1906, publicaron con gran detalle, un caso de mongolismo, que

fué seguido de autopsia, aunque es sensible que Italo Rossi, que practicó el estudio microscópico de dicho caso, no lo haya concluido haciendo el del cerebro. Este último encontró tuberculosis generalizada: pulmones, hígado, glándula tiroides, cápsulas supra-renales, riñones, intestinos. A más en los hemisferios cerebrales, se encontraron dos tumores fibrosarcomatosos, que no se habían traducido por ningún síntoma durante la vida. El corazón no presentava nada de particular.

Comby, en 1907, habiendo tenido la oportunidad de practicar la autopsia de dos mongolianos encontró en el cerebro de ambos *lisencefalia*, es decir: "circumvoluciones anchas, aplanadas, poco plegadas, poco sinuosas, poco complicadas, lo que se vé por comparación con el cerebro del niño normal". En ambos casos el cerebro era de forma de un óvalo corto y pequeño, pesando solo 725 gramos en un cadaver de un niño de 19 meses y 820 gramos en el de otro, que tenía 21 meses.

En estos casos el estudio histológico, fué practicado por M. Tilloy. Ambos cerebros no presentaban ninguna asimetría, ninguna lesión macroscópica. Se encontró pioliferación apenas marcada de las células piramidales.

En el cuerpo tiroides, que se ha estudiado

en algunos casos, probablemente por la analogía que presenta el mongolismo con el mixedema, Philippe y Oberthur encontraron lesiones superficiales, cuya constancia está por demostrarse.— Vogt, Weygandt, Comby, han encontrado normal este órgano.

La persistencia. del timo, observada por Bourneville en mongolianos de 5, 7 y 12 años de edad, se observa también en otros niños anormales.

Vogt, no encontró alteraciones ni en el timo ni en las cápsulas suprerrales. En varios casos se han hallado malforaciones viscerales (Garrod), insuficiencias valvulares (Thompson), atribuídas á endocarditis intrauterina, atrofia marcada de los órganos genitales, y á veces criptorquidia. Chartier ha publicado en 1906 un caso de mongolismo deteniéndose especialmente al detallar la autopsia en la rara malformación cardíaca que encontró: aurícula única.

Dice que á más que el cerebro era de volumen normal con circunvoluciones bien dirigidas, sin adherencias anómalas, sin lesión de ninguna clase. No hizo estudio histológico del cerebro.

A más de lesiones cardíacas, Sutherland, encontró á la autopsia un estado quístico del riñón izquierdo, dilatación del úreter, hipertró-

fia de la vegiga. atresia de la segunda porción del duodeno, detrás de lo cual exístía una dilatación sacciforme tan vasta como el estómago.

Había también imperforación del ano.

Comby, al detallar sus dos autopsias, señala desde el punto de vista anatómico: atrófia de las falanginas y falangetas, notable sobre todo en el meñique y en todos los dedos del pié.

Frecuentemente, los autores señalan en los mongolianos la presencla de vegetaciones adenoideas.

ETIOLOGÍA—PATOGENIA

El mongolismo no es una afección rara en la infancia entre nosotros, á juzgar por los ocho casos que hemos podido observar durante nuestro internado en el servicio del profesor Centəno, por el que han desfilado un total de 3000 enfermos de clínica médica médica pediátrica en el año 1905 y lo que vá de 1908.

Con objeto de darnos cuenta de la frecuencia con que se presenta en nuestros asilos, hemos visitado el Hospicio de las Mercedes y el Hospital Nacional de alienadas: en el primero sobre 103 idiotas varones, sobre 300 mujeres en el segundo no hay actualmente un solo caso de mongolismo.

Inquirimos de sus ilustrados directores, doctores Cabred y Esteves la explicación de este

hecho, que atribuyen á la imposibilidad en que se encuentran ambos establecimientos de recibir todos los idiotas que les dirijen por falta de local, motivo por el que los idiotas de poca edad, están en minoria, haciendo mucho tiempo que se ven en la necesidad de rechazarlos sistemáticamente.

El Dr. Cabred nos comunicó que muy pronto esas dificultades serán subsanadas, por que, en breve van á iniciarse las vastas construcciones del Asilo regional para niños retardados, en Luján (provincia de Buenos Aires). El Dr. Cabred en su larga actuación en el establecimiento que dirige, sólo ha visto dos casos, y dos más en su práctica civil.

La escasa frecuencia del mongolismo en los enfermos que forman la clientela de los alienistas debe á más explicarse por la evolución de estos enfermos, la inmensa mayoría de los cuales muere antes de tener diez años.

Los médicos de niños tienen oportunidad de observar mongolianos más amenudo, hecho que hace resaltar aún más el mérito de los alienistas que fueron los primeros en estudiar esta afección.

El Dr. Centeno cuya práctica civil es conocida por todos, desde 1906 hasta la fecha ha tenido oportunidad de observar á más de los casos

que motivan la presente tesis, siete casos en el público, lo que hace un total de 15 para la práctica de un solo piadíatra, en los dos años.

Para Langdson Down la causa determinante del mongolismo es la tuberculosis; para Suterland la sífilis.

Actualmente ambas opiniones son muy discutidas y generalmente no aceptadas, porque la tuberculosis y la sífilis faltan á menudo en los antecedentes de los padres de los mongolianos.

Posteriormente, otros autores han invocado como causantes: la edad avanzada de los padres, la miseria, la debilidad y agotamiento de las madres producidas por preñeces y lactancias repetidas, el alcoholismo; y finalmente Comby insiste sobre la frecuencia con que en los antecedentes se encuentran choques morales intensos durante la preñez.

Analizando estas diversas causas, hallamos que la edad avanzada de los padres puede llegar á la producción de niños idiotas, recordando el estado de fatiga, de agotamiento y de taras adquiridas que uno ó los dos progenitores presenten en la concepción; la miseria, las privaciones de buen aire y buena alimentación pueden actuar creando un estado de auto intoxicación. El alcoholismo crónico en los padres para la concepción, el

alcoholismo crónico en la madre, ejerciendo su acción tóxica y distrofiante durante toda la gestación, repercute sobre el desarrollo del niño, y lo mismo puede decirse de las demás intoxicaciones.

Aunque en el momento de la concepción el estado de salud de los padres haya sido perfecto, el feto puede sufrir durante la vida intrauterina las consecuencias de las intoxicaciones y de las infecciones adquiridas por la madre, que repercuten sobre su nutrición.

Los choques nerviosos consecutivos á emociones violentas, que modifican bruscamente la circulación fetal no pueden sinó tener una influencia nociva sobre el desarrollo del feto y particularmente sobre el desarrollo del sistema nervioso.

Por ser el mongolismo una forma de idiotismo congénito, es por lo que se han estudíado para encontrar sus causas, el estado de los padres y el estado de la madre durante toda la preñez.

Las afecciones nerviosas y mentales de los padres, la consanguinidad, los traumatismos sobre el vientre de la madre, condiciones etiológicas que frecuentemente se encuentran en otros idiotas, no se mencionan como existentes en los antecedentes mejor recogidos de mongolianos.

Para Shuttleworth, los mongolianos son niños que no han llegado á su completo desarrollo y el aspecto que presentan es el de una faz fetal.

Kasowitz se pregunta si no hay que buscar el origen del mongolismo en una perturbación de algún órgano glandular, como en el mixedema y en la acromegalia.

Para el jefe del Laboratorio de la clínica psiquiátrica, el sabio doctor Jakob, cuyo opinión hemos recojido, el mongolismo entre los idiotas es un conjunto de sintomas accidental, que con la alteración fundamental de la idiocía, que es un proceso de detención de desarrollo, no tiene nada que ver. Posible es que intervenga un factor desconocido todavia de secreción interna alterada, en la producción de la malformación.

TRATAMIENTO

Como ya lo hacía sospechar el estudio de la etiología del mongolismo, no hay para esta afección una medicación específica que permita esperar una curación.

Sin embargo, empíricamente se ha ensayado desde hace mucho tiempo, por Telford Smith, en 1896 y por Bourneville en 1901, la opoterapia tiroidea, probablemente por las semejanzas que los mongolianos presentan con los mixedematosos, en los que éste método hace maravillas. El resultado ha sido confirmatorio de que ambos enfermos son solo parecidos exteriormente; y si grandes son las diferencias sintomáticas que los reparan, mayores son las diferencias en los beneficios del tratamiento.

Bourneville, el más entusiasta en esta expe-

rimentación solo ha conseguido modificar algunos sintomas en sus enfermos: el crecimiento recibe un pequeño impulso con la administración de glándula tiroidea, pero el estado intelectual no mejora.

Kasowitz, que también lo ha ensayado muchas veces, llega á la conclusión de que tiene alguna influencia en los mongolianos muy pequeños: se consigue mejorar la constipación, desaparece el ronquido que se observa en algunos casos y el niño puede alimentarse mejor; pero el estado intelectual queda fuera del alcance de la opoterapia tiroidea.

Sin mayor fundamento etiológico y muy empíricamente Karl Looft y Suterland ensayaron la opoterapia tímica sin ningún resultado.

Otros autores, en vista de este exíguo beneficio de la opoterapia han ensayado el tratamiento médico pedagógico.

El fierro, el arsénico, los reconstituyentes en general, pueden ser útiles en estos sujetos, cuya nutrición está alterada. Las medidas de profilaxia no deben de olvidarse en estos sujetos tan expuestos á las afecciones respitorias, especialmente á la tuberculosis.

Los procedimientos pedagógicos especiales, que constituyen toda una especialidad deben de

aplicarse para desarrollar el escaso caudal de aptitudes que presentan estos enfermos. Necesita mucha dedicación y paciencia; su eficacia resulta de la perseverancia, de la precocidad en su aplicación, condiciones todas que solo se encuentran reunidas en los establecimientos especiales.

CONCLUSIONES

I.—El *mongolismo* es una forma de idiocia congénita que se acompaña, de un retardo del desarrollo físico, de numerosas anomalías somáticas y de una facies especial.

II.—La fisonomía tan especial, la constante agrupación de estigmas propios y la evolución inducen á considerarlo como un tipo nosológico especial.

III.—Aunque algunos caracteres morfológicos y funcionales lo aproximan al mixedema, la constancia de su cuadro sintomático y de su evolución, la ausencia de lesiones del cuerpo tiroides y la ineficacia del tratamiento tiroideo, hacen pensar en una etiología distinta, que en el momento actual es imposible todavía precisar, aunque es probable que derive de una alteración nu-

tritiva materna, de origen múltiple, á consecnencia de la cual resulten trastornos para el feto, que impidan su completo desarrollo.

IV.—Su estudio tiene valor teórico porque el perfecto conocimiento de su etiología contribuirá más tarde á desmembrar el sindrome idiocía permitiendo formar una clasificación etiológica.

V.—Su estudio tiene valor práctico porque aunque su diagnóstico no traiga aparejado un tratamiento eficaz permite por ahora evitar un mejor pronóstico que únicamente corresponde al mixedema, con el cual se le confunde muchas veces.

VI. — El mongolismo no es raro en nuestro país.

Buenos Aires, Marzo 24 de 1908

Nómbrase al consejero Dr. José M. Ramos Mejía, al Profesor titular Dr. Domingo Cabred, y al Profesor suplente Dr. Manuel A. Santas para que constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la presente tésis, de acuerdo con el Art. 4.° de la «Ordenanza sobre exámenes.»

E. CANTON

R. S. Gómez

Buenos Aires, Marzo 28 de 1908

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tésis, según consta en el acta n.° 1768 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTON

R. S. Gómez

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Pronóstico de las demencias.

J. M. Ramos Mejía

II

Importancia del tratamiento médico pedagójico en el idiotismo.

D. Cabred

III

Paralelo entre el mixedema y el mongolismo.

M. A. Santas

BIBLIOGRAFIA

Anton - Handbnch—Der patologischen anatomie der Nervensytems.

Bourneville—Article dans le traité de medicine de Brouardel et Gilbert. T. IX.

Bourneville et Boyer—Imbecilite congenitale typemongolien Compte rendu, 1902.

Bourueville Congrés de alienistes et neurologistes de Bruxelles, 1902. T. II.

Bourneville et Reine Mougeret — Nanisme Mongolien — Compte rendu. 1903.

Bourneville et Bord—Cas d'idiotie mongolienne (Mongolisme) Revue d'Hygiene et de Medicine infantiles, 1906.

Comby—Revue—Archives de medicine des enfants, 1903.

Comby—Le mongolisme infantile—Arch. de Med. des enfants, 1906.

Comby—Mongolisme—Arch. Med. des enf. 1907.

Chartier—Mongolisme infantile - Bulletin de la Societé de Pediatrie, Paris 1906.

Desgeorges—Contribution à l'etude de l,Idiotie mongolienne—Thèse—Paris 1905.

Fennell—Mongolian Imbecillity—Neurologísches Centralblatt, 1904.

Flecher Beach—On the diagnosis and treatment of idiocy, with remarks on prognosis—Lancet 1879.

Fromm—Neurologisches Centralblatt 1905.

Gilbert Ballet—Traité de Pathologie Mentale 1903.

Méry et Babonneix—Un cas d'idiotie intermediaire aux tipes mongolien et mixedemateux—Bulletin de la Societé de Pediatrie—Paris 1907.

Neumann—Ueber den mongoleiden Typus der Idiotie—Berliner Klinische Wochenschrift 1899.

Philippe et Oberthur—Congres International—Paris 1900.

Seris—Le mongolisme infantile, these, Paris 1907.

Sutherland—Diferential diagnosis of mongolian and cretinism—Lancet 1900, I.

Shuttleworth et Beach—Anatomie pathologique de l'idiotie — Congres d'alienisies et neurogistes — Bruxelles 1903.

Shuttleworth—Some of the craneal characteristics of Idiocy—International medical Congres — London 1881.

Taylor—Mongolian Inbecilitty—Lancet 1900, II.

Vogt—Neurologisches Centralblatt 1906.

Weygant—Congres anuel de la Societé des psychiatres bavarois tenu á Munich—1905—Archives de Neurologie 1905.

Zubizarreta—Mongolismo—Semana Médica — Buenos Aires 1906.