

# REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL

## SUMARIO:

ALIENISTAS Y NEUROLOGOS CONTEMPORA-  
NEOS.—*Dr. Fernando de la Cueva.*

REBLANDECIMIENTO Y NECROSIS DE LA ME-  
DULA.—*Por el Dr. Fernando de la Cueva.*

LAS OLIGOFRENIAS DE LA PRIMERA INFAN-  
CIA.—*Por Roberto Solís Quiroga.*

NOTAS DIVERSAS.

VOL. XII.

PUBLICACION BIMESTRAL

MEXICO, D. F.

MARZO - MAYO DE 1946

NUM. 72 y 73

**SULFANA**  
Wander

UNGUENTO

PAPAMINOFENILSULFANIDA

REG. No. 22129 D. S. P.

**DR. A. WANDER, S. A. BERNA, SUIZA**

REPRESENTANTES:

CIA. PABLO HERZIG, S. A.  
HAMBURGO 13 MEXICO, D. F.



# El tratamiento arsenical

de la **SIFILIS ADQUIRIDA**  
de la **HEREDO-SÍFILIS**  
de las **SÍFILIS ANTIGUAS**  
de algunas **DERMATOSIS**,  
debidas o asociadas a la **SIFILIS**

por:

# el Acétylarsan

*rigurosamente indoloro  
discreto, facil  
neurotónico y eutrótico*

●  
Compuesto arsenical de eliminación facil  
apropiado a todas las modalidades del tratamiento mixto

Regs. No. 3777 y No. 1323 D. S. P. ~ Prop. No. 6949.

Usese por prescripción médica

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

— **Specia** —

Marques POULENC Frères et USINES DU RHONE

21, Rue Jean-Goujon, 21 - PARIS (8<sup>e</sup>)

# VITAMINA

<b>B<sub>1</sub></b>	Simple .....	0.02 Gr.
	Fuerte .....	0.05 Gr.
	Extrafuerte .....	0.25 Gr.

"HORMONA"

a precios razonables

•

## Neumopiridina "Hormona"

20 Tabletas de 0.50 Gr. de Sulfopiridina

•

### Laboratorios Hormona, S. A.

Laguna de Mayrán 411

México, D. F.

**TODAS NEURALGIAS REBELDES**

**SEDACIÓN RÁPIDA  
Y ATÓXICA**

**NAÏALGINE**

NAL ESTABILIZADO HIPERACTIVO  
inyeccione ~ indolora ~ 20cc por día  
en ampolla ~ de  
5cc. 10cc. 20cc

Émile LOGEAS Pharmacien: 24, rue de Silly, BOULOGNE SUR SEINE, PRÈS PARIS

"AUTORIZACIÓN 3914 D.S.P."

**LABORATORIO MEDICO**

DEL

**DR. LUIS GUTIERREZ VILLEGAS**

**DEDICACION EXCLUSIVA A EXAMENES  
DE LABORATORIO**

Bacteriología - Serología - Química - Pruebas  
Funcionales - Metabolismo Basal

Vacunas Autógenas - Antígeno metflico tuberculoso

Eric.: 13-41-51

Plaza de la República No. 52

Mex.: L-76-56

**MEXICO, D. F.**



# BETORMON

VITAMINA B<sup>1</sup> CRITALIZADA (ANEURINA)  
Y EXTRACTO DE CEREBRO Y MEDULA

HIPOAVITAMINOSI B<sup>1</sup>, NEURALGIA  
POLINEURITI, Etc.

FORMAS DE PREPARACION:

Inyectables.

Para uso por vía oral (ampolletas bebibles).

Comprimidos.

FABRICADO EN LOS

LABORATORIOS DR. ZAPATA, S. A.

AV. INSURGENTES No. 35.

MEXICO, D. F.

Registro No. 22047, D. S. P.

Prop. No. 18754, D. S. P.

# HEPATO-VIT

REGISTRO No. 19483, D. S. P.

Extracto Hepático superconcentrado y desalbuminado  
y Vitamina C.

INYECTABLES  
(INDOLORO)

Caja de 5 amp. de 2 c. c.  
Extracto Hepático 2 c. c.  
Vitamina C. 1,000 U. I.

(FUERTE)

Caja de 4 amp. de 5 c. c.  
Extracto Hepático 5 c. c.  
Vitamina C. 2,000 U. I.

DEBILES  
(NIÑOS)

Caja de 10 amp. de 2 c. c.  
Extracto Hepático 2 c. c.  
Vitamina C. 1,000 U. I.

(ADULTOS)

Caja de 10 amp. de 5 c. c.  
Extracto Hepático 5 c. c.  
Vitamina C. 1,000 U. I.

LABORATORIOS DR. ZAPATA, S. A.

AV. INSURGENTE No. 35

MEXICO, D. F.

PROFILAXIA y  
TRATAMIENTO  
"PER OS"  
DE TODAS LAS  
**ESPIROQUETOSIS**  
**DISENTERIA**  
**AMIBICA**  
**PALUDISMO**

POR EL

**Stovarsol**

**TRATAMIENTO  
ARSENICAL  
DE LOS ESTADOS  
DE ANEMIA Y  
DE ASTENIA**

**PRESENTACIÓN**

FRASCOS DE 25  
COMPRIMIDOS a 0.25

FRASCOS DE 70  
COMPRIMIDOS a 0.05

FRASCOS DE 200  
COMPRIMIDOS a 0.01

**EL EMPLEO DEL  
STOVAR SOL  
DEBE EFECTU-  
ARSE BAJO LA  
VIGILANCIA  
DEL MÉDICO**

Reg. N° 10249-D S.P.

**SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE**  
— *Specia* —

MARQUES POULENC FRÈRES & "USINES du RHONE"

86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3<sup>e</sup>

DREVILLE



# VALERIANATO PIERLOT



VALERIANATO DE AMONIACO Y EXTRACTO DE VALERIANA EN SOLUCION HIDROGLICERICA

Restablece el equilibrio del sistema nervioso

INSOMNIOS, EXCITACION NERVIOSA, HISTERIA, EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS, COREA, NEUROSIS CARDIOVASCULARES, TRASTORNOS

USESE EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCION Y BAJO LA VIGILANCIA MEDICA. Reg. N.º. 5453 D. S. P. Prop. N.º. 31913

ESTABLECIMIENTOS MAX ABBAT, S. A.

RHIN NUM. 37

MEXICO, D. F.

LABORATOIRES DU DR. ROUSSEL - FRANCE

## HEMOSTYL

Tonico Hemopoyético  
Antihemorrágico

AMPOLLETAS

Reg. No. 891 S. S. A.

JARABE

Reg. No. 5905 S. S. A.

VINO

Reg. No. 1284 S. S. A.

GRUPO ROUSSEL, S. A.

Varsovia No. 19

MEXICO, D. F.



# REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL

FUNDADORES:

Dr. SAMUEL RAMIREZ MORENO

y

Dr. JUAN PEON DEL VALLE

---

DIRECTOR

Dr. SAMUEL RAMIREZ MORENO

SECRETARIO DE REDACCION

DR. LUIS G. MURILLO

ADMINISTRADOR

LUIS A. HERRERA

---

PUBLICACION BIMESTRAL

---

VOLUMEN XII. No. 72 y 73 MARZO - JUNIO DE 1946 MEXICO D. F.

---

Registrada como artículo de 2a. clase en la Administración de Correos de México, D. F., con fecha 11 de marzo de 1939.

---

SE SOLICITA CANJE CON PUBLICACIONES SIMILARES

---

Los profesionistas que no reciban esta Revista y se interesen por ella, pueden enviar su dirección para que se les remita. A los que cambien su domicilio se les suplica lo comuniquen a nuestras oficinas de Génova número 39, para que no sufran retardo en la entrega de la Revista.

---

La Redacción no se hace responsable de los conceptos vertidos por los autores. Solamente consideramos el prestigio y la honradez de nuestros colaboradores. Por lo tanto, invitamos a los señores médicos a que, siempre que lo deseen y en especial cuando estén en desacuerdo con el contenido de algún artículo, dispongan de las páginas de esta Revista para contribuir al mejor estudio de la neuropsiquiatría y ramas afines.

Toda correspondencia será enviada al Director.—

GENOVA No. 39.

MEXICO, D. F.

TERAPEUTICA POR LA VITAMINA



CANTAN

M. R.

Vitamina C »Bayer«

En las diátesis hemorrágicas, hemorragias, escorbuto y predisposición a las infecciones. En las enfermedades infecciosas, para compensar el alto consumo en vitamina C. En los vómitos del embarazo, paradentosis, caries, etc.

Envases originales:

Tubo de 10 tabletas de 0,05 g. Para inyecciones intramusculares e intravenosas: Caja de 5 ampollas de 2 c. c. (1 amp. = 0,10 g. de ácido ascorbínico lev.). Cantán fuerte: Caja de 3 ampollas de 5 c. c. (1 amp. = 0,50 g de ácido ascorbínico lev.)



Reg. No. 16730 D. S. P.

*Casa Bayer, S.A.* México, D. F. Apartado 45 bis

CASA BAYER, S. A.

ADMINISTRADA POR LA

JUNTA DE ADMINISTRACION Y VIGILANCIA DE LA PROPIEDAD EXTRANJERA



## "Alienistas y Neurólogos Americanos Contemporáneos"

### DR. FERNANDO DE LA CUEVA



DR. FERNANDO DE LA CUEVA

Nació en la Ciudad de Guadalajara el día 16 de febrero de 1910. Fue hijo de D. Edmundo de la Cueva y de Dña. Zenaida Gutiérrez de de la Cueva. Hizo sus estudios preparatorios en el Instituto de Ciencias del Estado de Jalisco y los profesionales en la Facultad de Medicina de la Universidad de Guadalajara, donde obtuvo su graduación el día 21 de noviembre de 1931. Ha concurrido a varios cursos de post-graduados en la Ciudad de México y asistido a sanatorios neuropsiquiátricos de la Capital, para estudiar y practicar los procedimientos de diagnóstico y terapia modernos, que con gran acierto ha implantado en su ejercicio médico.

Como puestos docentes, ha ocupado en la Universidad Autónoma de Guadalajara los de Profesor de Fisiología General; Profesor del Segundo y después del Tercer Curso de Clínica Médica, y en la Universidad del Estado, Adjunto del Segundo Curso de Clínica Médica y también Profesor de Fisiología General.

Ha tenido distinguidos cargos en Sociedades Científicas y Congresos Médicos, como Presidente de la "Sociedad Mutualista Médico Farmacéutica de Guadalajara" y Presidente de la Sección de Neurología y Psiquiatría en el "Segundo Congreso Mexicano del Cáncer y Tercera Semana Médica de Occidente", etc.

En la actualidad es Director de la "Casa de Salud Josefina" para enfermas mentales, en Tlaquepaque, cargo que se le confirió desde el año de 1935; es Consultor del Sanatorio Psiquiátrico de Zapopan; Consultor en Neuropsiquiatría del Ferrocarril Sud-Pacífico de México, y además ejerce independientemente la profesión, dedicándose con preferencia a pacientes neurológicos y mentales.

De los numerosos trabajos científicos que de la especialidad ha escrito, se cuentan entre los más importantes: "Freudismo y Psicología individual", "El Insomnio", "Naturaleza y Problemas de la Adolescencia", "Reblandecimiento y Necrosis de la Médula", "Sobre un caso de Miastenia", "El Síndrome Jaquecoso", y otros.

La personalidad del doctor de la Cueva cada día más se destaca dentro de las actividades neuropsiquiátricas, no sólo por ser un profesionista trabajador, inteligente y modesto, sino porque ha tenido el mérito extraordinario de abrirse camino en la provincia, donde el ambiente es siempre difícil y con frecuencia hostil, muy poco propicio para plantar la bandera de estas disciplinas, que en muchas de nuestras naciones Latino Americanas, sólo se vislumbran en sus capitales.

El doctor de la Cueva, amigo y colaborador de esta Revista, es de los que van abriendo amplia brecha y dejando fructífera labor en la neurología y en la psiquiatría de nuestra época y del futuro.

S. R. M.

—oo o oo—



# Reblandecimiento y Necrosis de la Médula

(Sobre un caso de observación personal).—**Por el Dr. Fernando de la Cueva.**

Esta comunicación sólo tiene una explicación: Mi deseo personal de exponer, para ser discutido, un caso que me hizo pensar mucho, buscar documentación y explicarme en lo posible su decepcionante marcha.

En agosto de este año ví, juntamente con dos de mis maestros, una enferma de 30 años, casada, con tres hijos al parecer sanos, siendo el menor de dos años de edad; sin haber tenido más embarazos, los partos fueron normales y amamantó a sus hijos; con un pasado ginecológico absolutamente normal y sin antecedentes personales ni hereditarios de importancia.

En octubre del año pasado, viviendo en una plaza del norte del país, tuvo un ligero resfriado; y un día, poco después, sintió bruscamente un dolor abdominal intenso hacia el epigastrio, que al acentuarse abarcaba como cinturón toda la caja del cuerpo a ese nivel, sin hipertermia ni otro signo de momento; lo interpretaron como banal indigestión, sin darle importancia y tomando las pequeñas medidas de costumbre: enema, laxante y dieta.

A las 24 horas notó gran debilidad en las piernas que atribuyó a la falta de alimentación; y a las 48 horas, con el dolor ya muy disminuído, estaba completamente paralizada de los miembros inferiores, sin poder defecar ni vaciar la vejiga.

Comenzó en ese momento el tan conocido calvario del enfermo difícil: diagnósticos distintos, análisis variados, tratamientos discontinuos y contradictorios, y espera constante de una mejoría prometida cada vez y que nunca ni siquiera se esboza.

Baste decir que ante una reacción de Wassermann, débilmente positiva, en el líquido céfalo raquídeo, practicada en su lugar de origen sin aprovechar la extracción para ninguna otra investiga-

ción, se le instauró un tratamiento intensivo en que se dilapidó arsénico, hasta que un oculista ordenó se suspendiera al observar palidez y ligera atrofia de las papilas.

También a los pocos días de iniciado su padecimiento, existiendo necesariamente después de la retención la incontinencia de los esfínteres y no habiendo probablemente muchas precauciones de limpieza comenzaron a aparecer escaras de decúbito, rápidamente infectadas por la acción de una profusa y frecuente diarrea, provocada tal vez o sostenida por el bismuto administrado a pasto y por alimentación defectuosa.

Derivando de todo ello comenzó a haber hipertermia, variable en su curva y marcándose cada vez hasta tomar el aspecto de grandes y repetidas agujas, con calofríos intensos y sudoración profusa, administrándosele desde tratamientos antipalúdicos intensos hasta probar por largos períodos cada una y casi todas las sulfas y sus derivados. Además se recurrió a toda la lista de vitaminas administradas por todas las vías.

Llevada a México le fué hecho un correcto estudio radiológico del raquis, simple y con lipiodol descendente, resultando todo normal. Nosotros la vimos en un sanatorio local con diagnóstico anterior de mielitis transversa sifilítica.

Su aspecto no denotaba de pronto un cuadro grave: Cara poco sonrosada por la hipertermia, mirada viva, hablar fuerte y claro, inteligencia despierta, y gran anhelo y esperanza por obtener el alivio.

Pero al descubrirla para la exploración comienzan las sorpresas: piernas flácidas, atrofiados todos los músculos, y sobre todo enormes y profundas escaras; en el sacro y en los trocánteres formando casi una sola, con las partes óseas a la vista; en la cara externa de los cóndilos femorales y platillos de la tibia con la articulación como fondo, lo mismo que en ambos maleolos externos.

Insensibilidad total en ambas piernas, que asciende hasta las crestas iliacas, el ombligo y la primera vértebra lumbar.

Ausencia absoluta de tono muscular y de reflejos, siendo los primeros encontrados los abdominales superiores.

Con incontinencia de materias y de orina, habiendo subsanado ésto en el sanatorio, con muy buen tino, por medio de un drenaje permanente de la vejiga que se lava y cambia diariamente.

No hay signo en Babinsky, ni reflejos posturales, ni signo piramidal alguno; tampoco sensibilidad muscular profunda.



Los movimientos, la sensibilidad y los reflejos en los miembros superiores, normales.

Ningún signo de nervios craneáneos. Pupilas iguales, regulares y reaccionando normalmente.

Sin rigidez de nuca ni signos meníngeos; quejándose de ligera cefalea cuando sube la fiebre.

Pulso que varía de 100 a 130, regular y fuerte; 25 respiraciones por minuto; nada anormal a la auscultación de corazón y pulmones.

En el abdomen, hígado algo grande, de forma normal, poco doloroso y que sobrepasa dos traveses de dedo el reborde costal; el colon algo doloroso a la presión.

Presión arterial: máxima 110—mínima 70.

Exámenes practicados por el doctor Enrique Hernández Sánchez: Orina turbia, de abundante sedimento, reacción alcalina y densidad de 1.008; con huellas de albúmina y baja concentración de todos los elementos normales.

Sangre eritrocitos 1,840.000; hemoglobina 5.20 por cien cms.<sup>3</sup> (33 por ciento del promedio normal). Valor globular 0.99; sin hematíes anormales. Leucocitos 20.800 (75 neutrófilos, 2 eosinófilos, 1 basófilo, 5 monocitos y 17 linfocitos) Índice de Schilling 0.21.

Líquido Céfalo Raquídeo: Presión en decúbito 14 centímetros de agua. Prueba de Queckenstaedt normal. Incoloro transparente (aspecto agua de roca); sin coagulabilidad espontánea. Pandy, Nonne-Appelt y Wasserman negativas. Reacción del benjuí Coloidal: 00000-22210-00000.

Leucocitos 0.4 por milímetro cúbico. Albúmina 0.20 por mil.

Ante este cuadro estuvimos de acuerdo en no aceptar el diagnóstico de mielitis transversa, pues la paraplegia permanecía todavía flácida, con ausencia absoluta de reflejos y sin Babinsky después de diez meses de iniciada; los esfínteres no han recuperado ningún automatismo.

Dado el resultado del examen del líquido céfalo raquídeo no es de admitirse la etiología sifilítica, pues no creo que una neurosífilis con esta agresividad y esta evolución pueda negativizarse en sus manifestaciones serológicas en tan corto tiempo a pesar del tratamiento aplicado. Y además no existe ningún dato, ni signo, ni antecedente de esa infección en ella, ni en su esposo e hijos ni

en sus padres, y las reacciones serológicas son en todos ellos negativas.

Pudiera ser una mielitis infecciosa, pero la hipertermia ha sido secundaria a las complicaciones y no se encuentra el origen en ningún foco anterior.

Queda como única explicación una afección degenerativa. Podría ser una neuroanemia en vista del bajo número de hematíes; pero esta anemia es de tipo secundario y no de tipo Biermer; las numeraciones iniciales habían sido normales y descendido después lentamente. Además el cuadro medular era de destrucción global y no de focos aislados ni de mielosis funicular sistematizada, como es lo común en esos casos.

Quedaron como posibles una necrosis de causa desconocida o una obliteración arterial; la embolia siendo poco probable por falta de causa que la explique como origen.

Con las medidas terapéuticas y dietéticas adoptadas desapareció la fiebre, se corrigió la diarrea, el hígado se redujo de tamaño, pero el cuadro neurológico no se modificaba y las escaras no mejoraron a pesar de los excelentes cuidados que en el sanatorio se cumplían.

El día último de agosto apareció una debilidad motora en el antebrazo derecho y la mano del mismo lado, con hipoestesia en la mitad radial y pérdida de los reflejos de los extensores; dos días después, los mismos signos en el brazo izquierdo, con ligera midriasis bilateral y disminución de la reacción a la luz.

Murió el día 5 de septiembre con un estado de estupor cada vez más profundo y con irregularidades respiratorias apreciables, diez meses y medio después de iniciado el padecimiento.

No hay por qué citar la razones por las que no fué posible practicar la necropsia.

Este caso tuvo, en su iniciación, una gran semejanza con un síndrome que ha sido observado en los buzos (diver's disease) posiblemente por descompresión y originado por embolización gaseosa múltiple, habiendo también signos encefálicos; pero la evolución fué muy diferente.

Muy lógico fué en un principio el diagnóstico de mielitis transversa, pero la evolución la desmintió por las razones ya expuestas; cada uno de los reflejos sólo desaparece permanentemente y no



nada más durante la fase inicial o de shock, cuando su lugar de asiento medular ha sido selectivamente destruído; pues si no se convierte después en exagerado con las manifestaciones de clono irritativo y acompañándose de reflejos anormales. En el presente caso no hay más que admitir que la destrucción de la médula debe haber sido casi completa hasta el nivel del doceavo segmento dorsal, que finalmente subió hasta el sexto segmento cervical (paresia e hipoestesia progresivas de la mitad radial del antebrazo, alteraciones del centro cilioespinal) y tal vez haya por fin alcanzado el bulbo.

Los trastornos circulatorios de la médula son más o menos conocidos desde hace mucho tiempo; la claudicación intermitente de la médula descrita por Dejerine, la paraplegia senil con trastornos esfinterianos por esclerosis arterial, etc. Las modificaciones por hiperhemia, congestión pasiva o derrame, que no encajan en el presente caso. Las embolias que deben ser múltiples dada la distribución vascular y las obliteraciones por obstáculo mecánico (tumor, fragmento, etc.).

En 1926, Foix y Alajouanine publicaron dos casos, que describieron como mielitis necrosante subaguda, caracterizados por paraplegia atípica de tendencia ascendente con amiotrofia que seguía la misma marcha; con pérdida de la sensibilidad, primero disociada y después total. Con disociación albúmino citológica en el líquido céfalo raquídeo, curso subagudo y terminación fatal en seis meses a dos años.

Al examen necrópsico encontraban necrosis de la médula con predominio en el segmento tóraco lumbar; afectando de manera predominante la substancia gris, pero abarcando también los cordones blancos; con cambios vasculares de endomesovascularitis sin características de especificidad; sin poder precisar agente etiológico, refiriéndola a algún factor toxi infeccioso.

Desde entonces se han reportado muchos casos, más o menos semejantes, con substrato anatómico siempre de necrosis o degeneración; algunos con infiltraciones leucocitarias y destrucciones mielínicas, habiendo sido propuestas numerosas designaciones: Mielomalacia, mielitis necrótica, mielitis transversa ascendente, necrosis progresiva de la médula, etc. Jaffe y Freeman, en los Archivos de Neurología y Psiquiatría, revisan 42 casos reportados anteriormente y presentan 4 originales.

De los casos reportados algunos son semejantes y aún casi idénticos al presente: Uno de Van Gehuchten en 1927, otro de Van Bogaert y varios de los descritos por Moersch y Kernohan como necrosis progresiva en 1934. De la revisión de la literatura y de sus casos personales Jaffe y Freeman concluyen que se pueden diferenciar dos tipos: agudo y subagudo o crónico.

El tipo agudo dura de diez días a tres meses, con principio brusco de parálisis flácida y pérdida completa de la sensibilidad, a veces con dolores y parestesias; parálisis y anestesia siguen casi siempre marcha ascendente y a veces hay comienzo febril agudo, pero casi siempre la hipertermia viene a acompañar complicaciones secundarias (pulmonares, urinarias o de las escaras). El curso es fatalmente progresivo y anatómicamente lo que domina es el reblandecimiento de la médula casi con desaparición de su estructura normal. Las reacciones celulares casi nunca son de tipo inflamatorio, aunque se observan infiltraciones linfocitarias y alguna vez polinucleares.

Los vasos intramedulares presentan casi siempre hiperplasia de la capa media con trombosis en distintos sitios.

En el líquido céfalo raquídeo señalan frecuente disociación albúmino citológica y también muchos casos de líquido normal.

A pesar de referirse a muy diversas causas no puede aceptarse ninguna como definitiva.

Es de admitirse, principalmente en algunos casos, la influencia original de factores toxiinfecciosos que actuarían al mismo tiempo sobre los vasos y el parénquima; desencadenando la alteración anatómica y desapareciendo luego.

Pero en la mayoría de estos enfermos debemos todavía, desgraciadamente, contentarnos con decir que es una necrosis progresiva de la médula por reblandecimiento; de causa desconocida y evolución fatal.

— :: —



# Las Oligofrenias de la Primera Infancia

Por Roberto Solís Quiroga M. C.

El diagnóstico, el pronóstico y la terapéutica de las oligofrenias en los primeros años de la vida infantil tienen una importancia capital por cuanto son la expresión clínica de una encefalopatía. El conocimiento temprano de ésta es una exigencia de enorme interés para el pediatra, ya que esta época es la de la mayor oportunidad terapéutica y, a las veces es la óptima para el tratamiento. Pero es también la etapa de la vida en la que el conocimiento de las oligofrenias es más difícil, porque las expresiones del psiquismo no tienen la rica floración que aparece sucesivamente en las etapas subsiguientes del desarrollo mental. Y esto es cierto no sólo en las formas leves de oligofrenias, sino en las más acentuadas. En estas, en particular, la ley del paralelismo neuro-psíquico hace caer el centro de gravedad del caso en los fenómenos motores patológicos, dejando de lado el estado mental en las formas superficiales de las oligofrenias, cuyo diagnóstico es precisamente más útil por el mayor margen de recuperabilidad, porque significa que la encefalopatía presenta alteraciones menos profundas, porque pueden establecerse funciones vicariantes, porque el estado patológico puede no estar "fijado" sino en evolución, y ésta, en algunos casos puede ser detenida por medios terapéuticos y además de lo anterior, porque la acción paramédica, que en el caso es la educativa, puede comenzar temprano, vale decir, oportunamente; en estas formas superficiales, decíamos, cuando el diagnóstico es más útil, es cuando es más difícil y tanto que en la inmensa mayoría de casos no es siquiera sospechado. La observación de los padres, cuando es confiable, marca diferencias pero no significaciones, ya que la interrupción y aun la misma percepción de los hechos patológicos sufren deformación de tipo catatímico. Con gran frecuencia, tanta que a las veces nos parece un hecho habitual, hemos oído decir a los padres, inclusive médicos y aún pediatras, respecto de sus niños oligofrénicos: "Mi niño es muy inteligente, pero..." Los reactivos para cuantificar el desarrollo mental en esta edad

como los de Carlota Bühler, los de Gindl y Köller, etc., no tienen el valor clínico que los que se usan en la segunda y tercera infancias, y requieren la confirmación por el proceso de "estandarización" que les dé su carta de ciudadanía en nuestro medio.

La cronología psicomotora adquiere, en presencia del bebé, una importancia capital para el diagnóstico, pero ¡cuántos retardos en esa zona ricamente matizada que se extiende entre lo típicamente normal y el dintel de lo francamente patológico! Esta zona hace que el criterio clínico, si no es bien ponderado, se extravíe ya considerando como sin importancia un retardo motor que puede ser el síndrome de "Debilidad Motriz" de Dupré y Merklen o ya atribuyendo significación patológica, en el orden mental, de acuerdo con la ley de Heuyer, del paralelismo psicomotor, a lo que no es sino un retardo en el proceso de maduración del sistema nervioso infantil.

Cuando se establece el diagnóstico, y esto con frecuencia acontece no en la primera, sino en la segunda infancia, prejuicios y conceptos erróneos le roban su utilidad.

Entre los primeros se destaca uno que es común en nuestro medio: "Cuando el médico ha hecho el diagnóstico no tiene otra cosa que hacer".

De los segundos, tres se repiten con frecuencia suma:

... "No se preocupe por su niño, más tarde, en la adolescencia mejorará", es el primero; el segundo es expresado en estas o parecidas palabras: "No fuerce usted a su hijo porque le daña". El resultado es el abandono intrafamiliar y el tercero ya dicho en líneas anteriores es el concepto, mil veces repetido, sobre la inteligencia de los niños tontos.

Este último merece un ligero repunte: considera el padre que su hijo es incapaz de todo y al darse cuenta que es capaz de adaptarse a situaciones diversas debido a sus reacciones intuitivas, valoriza la adaptación con criterio optimista. Tal es la suerte de lo que Myers ha llamado "inteligencia-instinto".

Las encefalopatías significan no sólo la incapacidad para el cumplimiento de las funciones actuales de los importantes órganos afectados, sino la interrupción del proceso de maduración o cuando menos su lentificación. Y esto es de enorme interés por dos razones bien conocidas: el sistema nervioso infantil está en pleno proceso evolutivo y las neuronas no son capaces de reproducirse.



Se ha repetido que el niño es un ser medular, pero esta afirmación es, a la luz de la Neurología Infantil, muy pobre. El niño es también un ser opto-estriado como lo hace notar Gareiso, por su hipertonía, sus movimientos de remembranza atetósica y es también cerebeloso por su ataxia, su astasia, su disimetría, su asinergia, su adiacocinesia.

La evolución, que en el caso es el camino hacia la corticalidad, significa no sólo el arribo a niveles superiores sino el establecimiento de categorías que frenan y afinan a aquellos que ocupan lugares inferiores en los planos funcionales.

La médula, siempre en tensión, apenas libérase de la influencia del haz piramidal, descarga su energía en parálisis o en parésias espásticas; la corteza también modera los excesos de tono de los núcleos grises centrales y el cerebelo afina y da esquisitez al movimiento al precisarlo; sus funciones de eumetría, sinergia, diadococinesia y equilibrio que sucesivamente se van alcanzando son el paradigma de la jerarquización funcional del sistema nervioso. Y todo ello, que es el camino de la telencefalización, se va cumpliendo dentro de la unidad funcional extraordinariamente compleja, y de actividad diversificada del sistema nervioso. Siguen este proceso de maduración los tres principios de Jackson que se revelan tanto en la evolución normal, como, a contrario sensu, cuando las influencias patológicas han interrumpido la categorización habitual. La evolución es, conforme al primer principio de Jackson, el paso de lo más organizado, de lo más acabado, hacia lo menos organizado, hacia lo no organizado pero que acaba por organizarse, por ser indeficiente; es decir, evolución es maduración, pero es, además, de acuerdo con el segundo principio, el tránsito de lo menos complejo hacia lo más complejo: el arco reflejo medular no ofrece la complejidad del salto preciso, elástico, sin movimientos innecesarios, y sí con los movimientos asociados y reflejos posturales que dan elegancia y seguridad al deportista.

El tercer principio significa el paso de lo automático a lo voluntario, o sea la sumisión a la psiquis de la médula del paleoencéfalo y del mesencéfalo, del paleocerebelo y del neocerebelo. El tercer principio proclama el triunfo de la corticalidad; el segundo el de la jerarquización dentro del unicismo funcional y el primero el del desarrollo pleno e integridad anatómica y funcional de las neuronas.

Las encefalopatías rompen este camino ascendente del sistema nervioso y en vez de integridad encontramos lesión y trastorno funcional consecutivo, en vez de desarrollo, inmadurez; en vez de las jerarquías superiores encontramos las categorías de los niveles bajos, y esto tanto en lo psíquico como en lo somático: en vez del movimiento voluntario, las hipertonías, la espasticidad, la incoordinación y en la esfera psíquica la dificultad de adaptación a situaciones nuevas, la incapacidad de previsión, la dificultad de elaboración mental y la pérdida de esos afanes tan típicamente humanos: el del bien, el de belleza, el de infinito. Queda entonces un camino: el proceso de sedimentación social. Se inicia con el retardo de los intereses psicológicos, el retardo de la deserción escolar, cuando la encefalopatía no es muy profunda y permite al enfermo ir a la escuela, y termina, después de haber seguido una serie de etapas, cuya regularidad hemos observado en miles de casos (parasitismo familiar, incapacidad de adquisición de técnicas de trabajo; inestabilidad en el trabajo; deserción del trabajo, etc). en una vida parasocial o antisocial.

Y he aquí la tragedia de la oligofrenia. Se inicia unas veces en los gametos, otras en el claustro materno o en el momento del alumbramiento, otras más después del nacimiento. Esta iniciación es frecuentemente silenciosa, el proceso encefalopático oculta sus expresiones clínicas, que por ello mismo son difíciles de captar cuando no son motoras, pero su desemboque social es ruidoso por lo trágico, podría decirse, por lo progresivamente trágico; es como un cono cuyo vértice se pierde en la iniciación patológica y su base hueca y negra alberga la tragedia de la incapacidad.

De aquí la importancia de la actuación del médico. El papel de la profilaxis, el de la eugenesia nunca será suficiente ensalzado, pero baste decir que ellos, juntamente con el imperio del derecho y el goce de las libertades representan los mejores monumentos que la civilización ha erigido.

Descendiendo de la oculta grandeza de la profilaxis a los modestos peldaños de la terapéutica, encontramos que desde ellos puede el pediatra, o para precisar el neuro-pediatra, ejercer una benéfica acción sobre el pequeño enfermo.

Antes es preciso plantear el problema clínico dentro de un panorama de horizontes abiertos a los hallazgos que la exploración ciudadana y metódica vaya abriendo. Es decir, es preciso no limitar la visión clínica al trastorno motor que tan a menudo es la



expresión clínica de las encefalopatías en la primera infancia, o a falta de aparición y de evolución de la palabra y del lenguaje articulado, o al síndrome convulsivo o a las manifestaciones psíquicas que pueden ser ya ostensibles, sino plantear el problema en términos más amplios, considerando: 1o. los síndromes neurológicos que presenta; 2o. su relación entre sí; 3o., los síndromes que afectan el sistema nervioso, aunque sean originariamente ajenos a él como los endocrinológicos; 4o., evolutividad; 5o., el margen de recuperabilidad que el caso presenta.

Ahora bien, el planteo clínico del diagnóstico deberá estar dentro de la escuela diagnóstica parcial cuya sucesiva integración nos dará el diagnóstico integral. Así, procederemos al diagnóstico sindromático, al dicicopatológico, al topográfico, al anatomopatológico, al etiológico y por último al integral.

Para ello, es preciso hacer una exploración metódica tanto somática como psíquica.

Desde el punto de vista que consideramos el diagnóstico de los oligofrénicos en la primera infancia constituye todo un problema clínico. Son ostensibles las idocias y los casos de imbecilidad, pero los menos profundos, cuyo diagnóstico es más útil mientras más temprano se hace, son más difíciles. No existe esa rica floración de datos patológicos que permiten un diagnóstico firme en la tercera infancia.

Los medios diagnósticos que empleamos pueden formar los siguientes grupos:

a).—Observación de las funciones mentales. (Atención, percepción, memoria, etc.).

b).—Estudio de la cronología psicomotora y sus particularidades.

c).—Aplicación de reactivos mentales.

d).—Investigación de la aparición y evolución de la palabra y del lenguaje.

La observación de sus funciones mentales y el estudio de la cronología psicomotora tienen numerosos puntos de contacto: al atender con la vista se pone en juego el motorocular común, el patético y el motor ocular externo; al escuchar hace la mímica que comprende además posición de la cabeza y movimientos de los

músculos cervicales, etc., etc. Por esta razón este tipo de exploración debe ser hecha en conjunto. Se basa en la ley del paralelismo psico-motor que Careiso, con toda modestia, pero con cierta justicia llama ley de Heuyer; con modestia, puesto que él, a la cabeza de otros investigadores argentinos la ha estudiado cuidadosamente y la ha divulgado. Esta ley sufre, sin embargo, numerosas excepciones: en unos casos porque existen fenómenos patológicos motores y en otros porque se acentúa la nota mental sin el correspondiente retardo motor.

Por otra parte, no existe una cronología exacta en la aparición de los fenómenos psicomotores y a esto es debido seguramente el diferente nivel en que diversos autores colocan el mismo fenómeno.

He aquí, pues, un interesante tema de investigación para la pediatría nacional.

La aparición de los fenómenos motores se inicia con el nacimiento. El movimiento sin finalidad de las piernas y manos lo demuestra. Los movimientos voluntarios se inician en los pares III, IV y VI (Motor ocular común, patético y motor ocular externo sucesivamente), en el curso del primer mes, si es que así puede llamarse a los de los ojos que siguen objetos brillantes. En el curso del segundo mes se inicia la prensión de los objetos, en el tercero controla sus movimientos oculares y levanta la cabeza. En los meses cuarto y quinto sus movimientos de prensión son activos. Se sienta en el sexto mes, en los tres siguientes gira sobre sí mismo en la cama, estando en decúbito. Es entonces hipertónico y ostenta hiperreflexia.

En el curso del último trimestre del primer año, y más bien hacia el fin aparece la bipedestación; en el primer semestre del segundo año inicia la deambulacion, "atiende pequeños ruegos (dar la mano, palmotear, hacer "ojitos", etc.). La hiperreflexia desaparece hacia los 30 meses.

El estudio de la reflectividad en los primeros 30 meses ofrece un particular interés. La hiperreflexia, la sinreflexia y en cierto modo las sincinesias son inequívocas señales de automatismo medular más o menos incompleto y por tanto, de la falta de jerarquización de las diferentes categorías funcionales del sistema nervioso infantil. Mediante la exploración de los característicos reflejos de esta edad nos damos cuenta del proceso de maduración. Las respuestas peculiares y que en breves líneas pasaremos en revista, son la expresión de la ley de la difusión de Phluger, según la cual, el es-



tímulo, a medida que la médula carece de la acción supra segmentaria se extiende a otros niveles y pasa al lado opuesto dando lugar a respuestas excesivas, a respuestas asociadas y a respuestas heterolaterales.

Ahora bien, no otra cosa son las hiperreflexias, las sinreflexias y las sincinesias características de los primeros veintiocho o treinta meses de vida.

En efecto, su desaparición va marcando etapas de maduración y su persistencia tiene una significación patológica doble: falta de evolución y secundaria, pero no eventualmente, disminución del desarrollo mental.

Excesivos serían estos asertos si no se fundaran en la ley del paralelismo neuro-psíquico.

Veamos ya, en concreto tal evolución de la reflectividad:

**Cuarto mes.**—Reflejo de prensión palmar. (2)

Es enérgico y sostenido y desaparece en este mes.

**Quinto mes.** — Reflejo de Moro (Desaparece). Un estímulo brusco provoca abducción de los cuatro miembros.

**Sexto mes.**—a).—Desaparece reflejo de Collin. (Estimulación suave pero repetida con dorsal pie y flexión pie con los ortejos en abanico.

b).—Desaparece reflejo cutáneo de Hoesemblum. (El pellizcamiento del dorso del pie provoca flexión del miembro).

c).—Desaparece también el reflejo patelar contralateral de Bielchowski: (La percusión del tendón rotuliano provoca reflejo biónlogo, pero atenuado en la otra pierna.

**Doceavo mes.**—a).—Desaparece reflejo de succión.

b).—Cuando antes se ha presentado, no se obtiene la flexión de los músculos inferiores al excitar la piel del vientre.

c).—Queda abolido el reflejo de prensión plantar.

**Vigésimo cuarto mes.**—El niño puede controlar el funcionamiento esfinteriano. (La cronología de este control sufre numerosas modificaciones).

**Vigésimo cuarto a trigésimo mes.**—Desaparece el Babinski fisiológico.

La desaparición de este reflejo marca una importante etapa de maduración que significa la llegada del influjo piramidal a la primera gran estación, del lento camino que recorre el sistema nervioso.

Coexiste con la aparición del movimiento aislado en una mitad del cuerpo y por ello la desaparición de las sincinesias fisiológicas. Después continúan las fases de afinamiento motor, particularmente opto-estriado y cerebeloso. La eumetría se alcanza a los cuatro años; la diadococinesia a los siete y la sinergia hacia los trece y los diez y seis.

La larga infancia del hombre entraña un lento proceso evolutivo del sistema nervioso.

Las desviaciones de la cronología psicomotora nos ponen sobre la vía del diagnóstico.

En las investigaciones que el Servicio Médico del Parque Lira ha hecho, en numerosos niños oligofrénicos, en su mayoría débiles mentales encontramos los siguientes datos:

He aquí otro terreno poco explorado que se ofrece a los investigadores que gusten del estudio de los fenómenos psicológicos. Para guiarnos en esta investigación usamos una tabla (Anexo No 2) la cual aunque ofrece numerosos motivos de discusión y aún de inconformidad, es una guía útil aunque provisional.

#### FUERZA Y TONO MUSCULARES

	No. de Casos	%
Se sentaron solos de 3 a 4 meses	13	3.48
Se sentaron solos de 5 a 6 meses	56	15.05
Se sentaron solos de 7 a 8 meses	86	23.11
Se sentaron solos de 9 a 10 meses	50	13.44
Se sentaron solos de 11 a 12 meses	51	13.70
Se sentaron solos de 13 a 14 meses	6	1.61
Se sentaron solos a los 18 meses	22	5.90
Se sentaron solos a los 20 meses	2	0.53
Se sentaron solos a los 24 meses	13	3.48
Se sentaron solos a los 27 meses	2	0.53
Se sentaron solos a los 30 meses	1	0.26
Se sentaron solos a los 34 meses	1	0.26
Se sentaron solos a los 36 meses	3	0.80
Se ignoran	66	17.73
<b>TOTAL</b>	<b>372</b>	<b>% 99.88</b>



Por los datos anteriores se verá que sólo un 18.53% se sentaron a los seis meses o antes, 23.11% entre 7 y 8 meses y 27% entre los 9 y 12 meses. Después de un año el 13.37% y observamos también que sólo un quinto de los casos de niños oligofrénicos se sentaron a los seis meses.

La marcha también sufre un retardo semejante. He aquí los datos de la misma fuente.

### DEAMBULACION

	No. Casos	%
De 9 a 11 meses	32	8.59
De 12 a 13 meses	80	21.50
De 14 a 15 meses	48	12.90
De 18 a 19 meses	56	15.05
De 20 a 21 meses	6	1.61
De 22 a 23 meses	2	10.53
De 24 a 25 meses	54	14.51
De 26 a 27 meses	1	0.26
De 30 a 32 meses	6	1.61
A los 36 meses	22	5.90
A los 39 meses	1	0.26
A los 42 meses	1	0.26
A los 48 meses	6	1.61
A los 60 meses	3	0.80
A los 84 meses	1	0.26
A los 132 meses	1	0.26
Se ignoran	49	13.16
<b>TOTAL</b>	<b>372</b>	<b>% 99.88</b>

Solamente el 30% deambularon a los 13 meses como máximo. Se notan cuatro vértices en la cumbre de frecuencia: entre 14 y 15 meses el 12.90%, de 18 a 19 meses el 15.05%, de 22 a 23 meses el 10.53% y de 24 a 25 meses el 14.51%.

Proporciones semejantes encontramos en todas las investigaciones practicadas en nuestro medio. Mi estadística personal señala hechos semejantes. Se requiere la contraprueba: el estudio estadístico de los casos de niños que no sufren encefalopatías.

Estos datos, tediosos pero importantes, nos revelan un retardo en el proceso de maduración nerviosa, no efectuándose a tiempo sino en el 30% de los casos.

## LENGUAJE Y PALABRA

Siendo ambas expresiones psíquicas por excelencia, su aparición y su evolución nos dan importantes datos diagnósticos.

El lenguaje mímico precede al verbal. Con un sonido fonético y el índice el niño se hace entender de sus padres. La ausencia de este tipo de lenguaje es un signo de enorme importancia. La aparición de las primeras palabras, entre once y doce meses constituye un hecho normal. En los niños oligofrénicos menos de un tercio por ciento hablan a esta edad, retardándose la palabra en los demás. En éstos, aparece de los 18 meses a los dos años, o aun después, como lo demuestro con la siguiente tabla:

### PRIMERAS PALABRAS

	No. Casos	%
De 7 a 8 meses .....	13	3.48
De 9 a 10 meses .....	30	8.06
De 11 a 12 meses .....	113	30.36
De 13 a 14 meses .....	28	7.52
De 15 a 16 meses .....	6	1.61
De 17 a 18 meses .....	52	13.97
De 19 a 20 meses .....	5	1.34
De 23 a 24 meses .....	56	15.05
De 29 a 30 meses .....	14	3.75
De 35 a 36 meses .....	17	4.56
A los 48 meses .....	14	3.75
A los 60 meses .....	4	1.07
A los 120 meses .....	1	0.26
Se ignoran .....	19	5.09
<b>TOTAL</b> .....	<b>372</b>	<b>% 99.87</b>

La evolución del lenguaje hablado sufre también un considerable retardo.

A los 18 meses, el niño normal hilvana frases, a los 21 meses usa el sujeto y el verbo, a los dos años articula; a los dos años y medio agrega el pronombre, el adverbio, la conjunción y la interjección. El pequeño encefalópata retarda enormemente esta evolución.



Mas no se detiene aquí la presentación clínica de estos hechos. El niño oligofrénico sufre, además, dislalias y disfrasias con enorme frecuencia. Entre las dislalias las más frecuentes son las de pronunciación y las de articulación.

La extensión que ofrece el estudio de las perturbaciones del lenguaje y las de la palabra nos obliga a no tratarlas en este artículo.

Es importante, sin embargo, recordar dos hechos a este respecto: a los padres llama la atención el retardo y las dislalias y lo atribuyen, en nuestras clases populares al "frenillo", y otras, a las vegetaciones adenoides, a la hipertrofia amigdalina, etc. El pediatra debe valorizar los hechos sin olvidar que algunos niños normales, desde el punto de vista del desarrollo mental, ofrecen también retardos y perturbaciones iálicas.

### REACTIVOS MENTALES

Los tests usados para este objeto no tienen la confiabilidad que ofrecen los que se aplican a los niños después de 3 años, y los que usamos no están estandarizados. Nosotros aplicamos los de Frankl y Molf para el primer año y los de Gindl y Köller para el segundo.

El dato que mediante ellos obtenemos es un signo diagnóstico, que aunque no posee una deseable precisión, contribuye al diagnóstico.

Con este conjunto de datos podemos integrar el diagnóstico del oligofrénico en la primera infancia. A riesgo de parecer insistentes en demasía, subrayamos la importancia del diagnóstico oportuno, es decir, del conocimiento temprano de la encefalopatía.

La consideración de los datos anteriores nos lleva de la mano a pasar una rápida revista a los síndromes motores de la primera y segunda infancias. Podemos dividirlos en:

Síndromes hipertónicos.

Síndromes hipotónicos.

Síndromes hiperquinésticos.

Síndromes convulsivos.

**Síndromes hipertónicos.**—Del retardo de la evolución motora pasamos por grados insensibles al síndrome de debilidad motriz de Dupré y Merklen caracterizado por incapacidad de sentarse o si

ésto es posible, de bipedestación o deambulacion. Hipertonías, paratonías, sincinesias y signos de piramidalismo así como defectos de la palabra completan el cuadro.

Este síndrome no es un simple retardo sino un conjunto patológico que expresa la incompleta evolución del haz piramidal. (Hecho no aceptado universalmente). Frecuentemente es compañero, como lo hemos encontrado en numerosos casos del síndrome oligofrenia. Y claro está que sea así: ambos son expresión de una encefalopatía. Del síndrome de Dupré al de Little, pasamos por una escala descendente que sigue el mismo camino y que revela la misma patogenia: ausencia de actuación moderadora de la corteza, y de afinación y precisión del movimiento de las vías extrapiramidales y cerebelosas.

Entre los síndromes hipertónicos encontramos también la hemiplegia espástica infantil y la parálisis pseudobulbar, (que no hay que confundir con la asténica de Erb), y que patogénicamente son del mismo grupo.

### SINDROMES HIPOTONICOS

Tres son los síndromes hipotónicos de la primera y segunda infancias; el encefalopático de Foerster, la miatonía congénita o síndrome de Oppenheim y la miastenia amiotrófica post-natal o enfermedad de Werdnig-Hoffman. A estos hay que agregar, de acuerdo con el planteo que nos hace la clínica, otros no neurológicos en los cuales la miastenia forma un síndrome destacado, tales como el raquitismo, el mixedema infantil y el mongolismo.

De estos síndromes el primero, la enfermedad de Foerster, se caracteriza porque a pesar de la extrema miatonía que da lugar a la astasia, no hay parálisis y los reflejos están exaltados y aún existen, en algunos casos signos de piramidalismo. Este síndrome, encefalopático por excelencia se acompaña muy frecuentemente de oligofrenia. La hiperreflexia revela que la médula no está sometida a la acción moderadora de la corteza.

En la enfermedad de Oppenheim la hipotonía es fundamentalmente de los miembros inferiores, hay paresia o parálisis de los miembros inferiores, abolición de los reflejos; hechos todos que revelan que se trata de lesión de la neurona periférica. Las lesiones encontradas son carentes de uniformidad, pues si a veces se ha encontrado hipoplasia de los cuernos anteriores, en otras ocasiones la



necropsia ha demostrado lesiones nerviosas y en otros casos más, las lesiones sólo han sido musculares.

La enfermedad de Werdnig-Hoffman es semejante a la anterior, pues sólo se diferencia por ser post-natal y por la amiotrofia. El carácter familiar de ésta no es constante y las lesiones semejantes. Existe la tendencia a considerar ambos síndromes dentro de una misma concepción nosológica.

Pues bien, estos síndromes de la vía terminal común de la neuroma periférica o si se quiere forzar la nota, de los músculos, no tendrían relación patológica alguna con las oligofrenias. Sin embargo, en los tres únicos casos que conocemos de la enfermedad de Oppenheim, existía un indudable síndrome oligofrénico como si ambos fueran expresiones diferentes de un factor que hubiera afectado, en forma difusa, a todo el sistema nervioso. En los otros síndromes hipotónicos, excepto en el raquitismo, la oligofrenia es constante.

### SINDROMES HIPERQUINETICOS

En los síndromes extrapiramidales como el de Cecilia Vogt o atetosis doble, en las coreas crónicas (a excepción de la Sydenham), en las hemicoreas o hemiatetosis, las injurias al manto cerebral y su traducción clínica, las oligofrenias son el hecho habitual. "Que las excepciones confirman su inocencia".

De aquí la importancia de interrogar a la corteza en los síndromes motores y de hacer una exploración neurológica fina en las oligofrenias.

### SINDROMES CONVULSIVOS

Para terminar este artículo sólo nos resta recordar la enorme importancia que presenta la relación síndrome convulsivo-oligofrenias. Ambas son expresiones típicas de una encefalopatía. La frecuencia de su asociación es muy grande.

Hemos observado que en presencia de las convulsiones infantiles se trata de arrojar la responsabilidad a vermes intestinales, a la fiebre o a términos vagos que satisfacen tanto al vulgo por razón de su misma vaguedad: "la congestión". Participan de este criterio algunos médicos y dan como prueba de la inocuidad del fenómeno, que no se ha vuelto a presentar. Toda crisis convulsiva en

clínica es epilepsia y su no aparición posterior no es su desaparición; sino la entrada al período silencioso de Pierre Marie. (A menos que haya habido curación de la encefalopatía).

La asociación que venimos considerando significa evolutividad de la encefalopatía y daño en el margen de recuperabilidad de las oligofrenias.

De todo lo anterior se desprende la necesidad de llevar más adelante el estudio clínico del niño oligofrénico, no sólo para determinar la evolutividad de la encefalopatía, sino para precisar sus factores etiológicos.

La exploración del sistema nervioso no puede ser hecha sino sobre el fondo de un estudio clínico completo. La investigación de los antecedentes familiares y de los personales cuando es posible, nos da preciosos datos. Entre estos destacan los de orden etiológico. El estudio de las anomalías físicas y en particular de la cabeza, nos abre amplios horizontes. Pueden ellas clasificarse en conjunto, desde el punto de vista de su significación, en tres grandes grupos:

I.—Las patognomónicas.

II.—Las sintomáticas de endocrinopatías.

III.—Las "características" (que son tales por acompañar con frecuencia a las lesiones ingénitas del entéfalo).

Son tan frecuentes que su investigación sistemática jamás debe omitirse.

Cierto es que sujetos sanos pueden presentarlas, pero también lo es, tratándose de oligofrénicos que a medida que el trastorno es más profundo, más acentuadas y numerosas son ellas. Faltan, sin embargo, cuando el ataque al sistema nervioso ha sido post-natal, como en la neuro-axitis. La búsqueda de ellas a menudo es premiada por la orientación terapéutica que nos brinda.

Terminado el estudio clínico es útil, a la vez que indispensable, hacer otras exploraciones: el examen del fondo del ojo que nos revela a las veces daños tan importantes como las retinitis luéticas o de otro origen, el edema que acompaña a la hipertensión craneal, etc.; la encefalografía y la neumocencefalografía que por decirlo así, pone en nuestras manos el encéfalo y el estudio del líquido céfaloraquídeo que proporciona datos de valor inapreciable y cuya utilidad en el diagnóstico de la neuro lues no admite discusión de fondo y por último, el electroencefalograma, que permitirá entre otras cosas, interpretar el significado de una convulsión.



Tiene pues, la neuro-pediatria un rico conjunto de medios de exploración que permiten hacer un diagnóstico, establecer un pronóstico, e imponer una terapéutica que mejore el porvenir de nuestros pequeños enfermos.

## CONCLUSIONES

- 1a.—Es de capital importancia el diagnóstico de las oligofrenias en la primera infancia. De él se derivan consecuencias terapéuticas del mayor interés.
- 2a.—Este diagnóstico es posible mediante una exploración adecuada que comprende el estudio psico-motor, el de la palabra y el lenguaje y la aplicación de reactivos adecuados. Cuando existe síndrome motor asociado, su estudio detallado es indispensable.
- 3a.—El diagnóstico oportuno es tanto más difícil, cuanto más útil es, como acaece con las formas leves de oligofrenia.
- 4a.—Siendo las oligofrenias la expresión clínica de una encefalopatía, es preciso llevar la exploración neurológica sobre el fondo de estudio clínico completo y utilizar medios especiales de clínicas, de gabinete y de laboratorio. (Examen de fondo de ojo, encefalografía, ventriculografía, electroencefalografía y estudio del líquido encéfalo-raquídeo).
- 5a.—En presencia de retardo en la evolución motora y con mayor razón, ante un síndrome motor es preciso investigar el desarrollo mental.
- 6a.—Los defectos en la evolución de la palabra y del lenguaje también nos obligan a interrogar el estado de las funciones corticales.
- 7a.—El síndrome oligofrenia forma un integrante obligado en numerosos padecimientos familiares degenerativos o desmielinizantes.
- 8a.—Dada la importancia que para el futuro del niño presenta el síndrome oligofrenia, es necesario establecer el diagnóstico temprano y hacer sentir a los padres la importancia del caso, tanto con fines terapéuticos como eugenésicos cuando la causa puede obrar en futuros productos.

## BIBLIOGRAFIA

- Neurología Infantil.—Gareiso y Escardo.—Buenos Aires 1942.  
Fisiología del Sistema nervioso.—Fulton.  
Tests Mentales.—C. Buhler. (1a. Infancia).  
Patología Infantil.—Nobecourt.  
Enfermedades del Niño III y IV.—Nobecourt.  
Neurología.—Orlando.

# NOTAS DIVERSAS

Por el Dr. L. G. M.

## LA DEMOGRAFIA DE LA ALIENACION EN BOLIVIA

El Dr. Emilio Fernández Miranda, de Sucre, Bolivia, revisa en un interesante trabajo la demografía de la alienación en aquél país, tomando como base el número de asilados en el Manicomio "Pacheco" desde su fundación en 1884 hasta el segundo semestre de 1943. Este estudio estadístico define que es entre los 21 y los 30 años cuando la incidencia de padecimientos mentales alcanza su mayor proporción, 32.2%; que los artesanos, con el 41% suministran el más alto porcentaje y que los varones superaron en un tercio a las mujeres en el número de enfermos que fueron reclusos en aquél establecimiento nacional durante el período indicado. En cuanto al punto de vista nosológico, los porcentajes de las principales frenopatías fueron como sigue: esquizofrenias, 39.9%; epilepsia idiopática, 28% y parálisis general progresiva 7.3%.

En otro trabajo que presentó ante el 2o. Congreso Médico Nacional reunido en Cochabamba, el Dr. Fernández Miranda resume en qué debe consistir la asistencia médico-social de la alienación en Bolivia:

Organización de Comités o Ligas de Higiene Mental, Visitadoras Sociales, Hogares de Reeduación y Profesores para niños anormales.

Transformación del actual Manicomio Nacional "Pacheco" en Asilo y Colonia Agropecuaria, para enfermos crónicos y agudizados de toda la República, organizando además en su seno talleres y una Escuela de enfermeros especializados.

Reorganización administrativa del propio nosocomio, mediante la intervención de un Comité Administrativo de Manicomios.

Creación de Clínicas Neuropsiquiátricas Departamentales, anexas a los Hospitales Centrales de cada capital, para la atención de enfermos agudos, en observación y ex-asilados.



Finalmente incluye un proyecto de Legislación Psiquiátrica que regule el ingreso y egreso del enfermo mental al Manicomio Nacional "Pacheco"; vele por los intereses económicos y derechos civiles de los asilados; y establezca el régimen que deba observarse.

Esto da una idea del esfuerzo de los alienistas más destacados de los países hermanos de Latino-América, para que en sus respectivas naciones se creen servicios neuropsiquiátricos en consonancia con la época actual.

### REUNION ANUAL DE "THE ROYAL MEDICO PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION"

Una de las sociedades científicas más antiguas del mundo, "The Royal Médico Psychological Association", que tiene su sede en Londres, Inglaterra, va a celebrar su reunión anual en la ciudad de Edimburgo, durante los días del 17 al 19 de Julio próximo; ocupando la Presidencia en esta ocasión el H. Prof. Dr. D. K. Henderson y la Secretaría General el H. Dr. K. K. Drury.

Entre los pocos Miembros Correspondientes de esta Asociación que han sido honrados con esos cargos, se cuenta el Dr. Samuel Ramírez Moreno, a quien correspondió esa designación en el año de 1941.

Deseamos el mayor éxito a esta asamblea.

### DR. PETER BASSOE

La muerte del Dr. Peter Bassoe acaecida el 5 de noviembre del año próximo pasado es un lamentable suceso que hemos conocido con retraso y nos ha afectado profundamente. Porque con él se ha perdido una de las personalidades sobresalientes en el campo de la Neuropsiquiatría y además, un amigo sincero de México y de los países hispano-americanos. El Dr. Bassoe visitó en el año de 1940 nuestra Patria. Y antiguo amigo del Director de esta Revista, conoció —por su intermedio— el ambiente neuropsiquiátrico nacional y mostró vivo interés por nuestros trabajos en la especialidad.

Es de sobra conocida la fecunda labor desarrollada por el Dr. Bassoe: la cátedra, el ejercicio profesional intenso, la prensa médica, la participación académica. En todas estas actividades descolló por la solidez de sus conocimientos, por sus grandes cualidades humanas. Para evidenciar estas afirmaciones bástenos re-

cordar algunos de los títulos que tan merecida y honrosamente lleva: Editor del Year Book of Neurology, Psychiatry and Endocrinology, Profesor de Neurología del Rush Medical College, Jefe del Departamento de Neurología de la Universidad de Illinois, Presidente de la American Neurological Society, de la Chicago Neurological Society, miembro honorario de la Sociedad Médica de Noruega, de la Sociedad Médica de Suecia, Jefe de la Sección de Enfermedades Mentales y Nerviosas de la American Medical Association, etc.

En el número correspondiente al mes de mayo de 1945 del "The American Journal of Psychiatry" se publicó un trabajo del Dr. Bassoe intitulado "España como cuna de la Psiquiatría" y que puede considerarse como su escrito póstumo. Es un documentado estudio histórico que demuestra su interés por cultivar todas las disciplinas conexas a la especialidad y el de conocer la labor desarrollada por los hombres de ciencia latinos en el campo de la propia especialidad.

Desde estas líneas hacemos patente nuestro sentido "in memoriam" y el homenaje postrero para el Dr. Peter Bassoe.

#### REUNION DE LA A. P. A.

La Asociación Psiquiátrica Americana —la agrupación de mayor abolengo y distinción entre las de esa especialidad en Norte América— celebró del 26 al 31 de mayo, en la Ciudad de Chicago, Ill., su acostumbrada reunión anual, para revisar los adelantos que se han realizado en el campo de la Psiquiatría y obtener por el mutuo intercambio, las mejores conclusiones prácticas que aprovecharán los psiquiatras para su ejercicio profesional o su labor de investigación. Estamos seguros de que habrán sido de gran provecho esas jornadas y esperamos señalar para el próximo número de esta Revista, los aspectos más salientes de ellas.

#### NECROLOGICA

Durante los años de 1943 a 1946, la Asociación Psiquiátrica Americana ha perdido a numerosos de sus Miembros. A conti-



nuación se señala una lista de los distinguidos psiquiatras que fallecieron durante ese lapso y la fecha del deceso:

William A. Sim. ....	Abril 21-43
Serge Androp. ....	Nov. 8 "
Gilbert V. Hamilton. ....	Dic. 16 "
James McAuslan. ....	Mar. 22-44
Mark Wentworth. ....	Mayo 15 "
August Witzel. ....	Mayo 15 "
George S. Adams. ....	Julio 22 "
Issac Silverman. ....	Agos. 7 "
Ned R. Smith. ....	Agos. 18 "
Walter M. Kraus. ....	Agos. 17 "
Henry M. Swift. ....	Agos. 18 "
James T. Arwine. ....	Agos. 24 "
Samuel Armstrong. ....	Agos. 31 "
Edward M. Steger. ....	Sept. 1 "
Wilbur M. Judd. ....	Sept. 1 "
Gustav Aschaffenburg. ....	Sept. 2 "
L. M. Rogers. ....	Sept. 7 "
Edward Green. ....	Sept. 30 "
J. Moorhead Murdoch. ....	Oct. 10 "
Harold E. Hoyt. ....	Oct. 12 "
Frederick R. Sims. ....	Oct. 26 "
William W. Wright. ....	Oct. 28 "
Graeme M. Hammond. ....	Oct. 30 "
John McCampbell. ....	Nov. 5 "
William A. Bryan. ....	Nov. 7 "
H. Wilbur Smith. ....	Nov. 25 "
O. B. Darden. ....	Dic. 10 "
William H. Mathews. ....	Ene. 4-45
(muerto en acción)	
William H. McCarty. ....	Ene. 6 "
Lloyd H. Ziegler. ....	Ene. 8 "
George F. Roeling. ....	Ene. 12 "
George F. Roeling. ....	Ene. 18 "
Byron M. Caples. ....	Ene. 18 "
Bernard T. McGhie. ....	Ene. 20 "

Oscar H. Bleicher. ....	Ene.	23 "
Henry C. Werner. ....	Feb.	7 "
Merton Blakeslee. ....	Feb.	12 "
Joseph Smith. ....	Feb.	26 "
Henry I. Klopp. ....	Mar.	7 "
Rebekah Wright. ....	Mar.	29 "
Harry H. McClellan. ....	Mayo	1 "
Robert G. Stone. ....	Mayo	4 "
Arthur Delacroix. ....	Mayo	7 "
Walter C. Havilland. ....	Mayo	14 "
Marvin A. McDowell. ....	Mayo	21 "
George E. McPherson. ....	Jun.	16 "
Berberley R. Tucker. ....	Jun.	19-45
Henry R. Graig. ....	Jun.	22 "
Lewis A. Golden. ....	Jun.	22 "
William J. Hammond. ....	Julio	4 "
Alice E. Johnson. ....	Julio	19 "
Fletcher Van Meter. ....	Agos.	4 "
Glenn S. Weaver. ....	Sept.	5 "
W. W. Young. ....	Sept.	7 "
Elizabeth L. Martin. ....	Sept.	9 "
Smith Ely Jelliffe. ....	Sept.	25 "
H. H. Drysdale. ....	Oct.	6 "
Hugh Carter Henry. ....	Oct.	14 "
Robert D. Guillespie. ....	Oct.	30 "
Harold D. Palmer. ....	Nov.	20 "
Walton Tackett. ....	Dic.	14 "
Emit L. McCafferty. ....	Ene.	14-46
Charles F. Read. ....	Mar.	11 "

### CONGRESO NACIONAL DE TUBERCULOSIS Y SILICOSIS

Por estimarlo de gran interés y como colaboración para el mismo, insertamos a continuación la Convocatoria que la Secretaría de Asistencia Pública y el Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis, han lanzado para la verificación del Segundo Congreso Nacional de Tuberculosis y Silicosis, que habrá de tener verificativo del 21 al 27 de julio del presente año, en la Ciudad de México.



## CONVOCATORIA

"La Sociedad Mexicana de Estudios sobre Tuberculosis y Enfermedades del Aparato Respiratorio, en colaboración con el Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis, y patrocinado por las Secretarías de Salubridad y Asistencia y la del Trabajo y Previsión Social, convoca a los médicos cirujanos de la República al Segundo Congreso Nacional de Tuberculosis y Silicosis, que habrá de celebrarse en la Ciudad de México del 21 al 27 de julio del presente año, y bajo las siguientes bases:

PRIMERA: La Directiva del Congreso estará integrada por los Presidentes Honorarios: C. General de División Manuel Avila Camacho, Presidente de la República; por el Sr. Dr. Gustavo Baz, Secretario de Salubridad y Asistencia; por el Sr. Lic. Francisco Trujillo Gurría, Secretario del Trabajo y Previsión Social y por el Director General del Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis, Dr. Ismael Cosío Villegas.

El Dr. Fernando Rébora, como Presidente de la Sociedad Mexicana de Estudios sobre Tuberculosis, será el Presidente Ejecutivo del Congreso y a él debe dirigirse toda persona que solicite datos sobre el mismo a Regina núm. 7, o al Apartado Postal núm. 7267 de la Ciudad de México.

El Sr. Dr. Federico Rohde, Médico en Jefe del Departamento de Minas de la American Smelting, será el Vicepresidente. Los señores doctores Carlos Nobie, Secretario de la Sociedad y Fernando Katz, Tesorero de la misma, ocuparán, respectivamente, los mismos puestos en el Congreso.

Los señores doctores Ismael Cosío Villegas, Donato G. Alarcón y Miguel Jiménez, fungirán como Consejeros Técnicos.

SEGUNDA: En cada Estado de la República se nombrará un Comité Local integrado por tres personas, que será presidido por algún miembro correspondiente de la Sociedad o en su defecto por la persona que designe la Comisión Organizadora, con el fin de auxiliar a ésta última en sus labores.

TERCERA: Los miembros del Congreso serán de tres clases: honorarios, oficiales y numerarios.

a). Miembros Honorarios serán los designados por la Comisión Organizadora, así como los miembros de esa categoría y Correspondientes de la Sociedad.

b). Miembros Oficiales serán los representantes de las Instituciones Oficiales invitadas.

c). Miembros Numerarios serán los profesionistas que soliciten y obtengan la inscripción, ya sea para presentar trabajos o simplemente como asistentes.

Podrán inscribirse como miembros numerarios todos los médicos nacionales o extranjeros con título legalmente reconocido, ya sean especialistas en tuberculosis o silicosis o que tengan interés por esta rama de la medicina.

Los familiares de los miembros numerarios serán inscritos como huéspedes.

CUARTA: La cuota de inscripción para los Miembros Oficiales y Numerarios será de \$ 30.00 (Treinta pesos m. n.) debiendo acompañar su solicitud de dos retratos tamaño credencial y el número de registro de su título en la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Los familiares de los Miembros Numerarios para inscribirse como huéspedes pagarán la cuota de quince pesos cada uno.

Dos Pasantes de cada una de las Facultades de Medicina del país se inscribirán gratuitamente, quedando su designación a juicio de los Directores de dichas Facultades.

#### QUINTA: TRABAJOS CIENTIFICOS DEL CONGRESO.

PONENCIAS: Habrá diez Ponencias, de las cuales ocho versarán sobre temas sociales, clínicos y quirúrgicos de Tuberculosis y dos serán enfocadas sobre problemas relativos a la Silicosis.

TEMAS GENERALES: **Trabajos científicos en conexión con los fines que el Congreso persigue y que, de acuerdo con su naturaleza, se organizarán como trabajos de Sección.**

SEXTA: Las Ponencias serán presentadas por las personas o Instituciones que designe la Comisión Organizadora y su extensión será de quince páginas tamaño carta escritas a máquina y a doble espacio.

Para cada Ponencia se designará un Comentarista que presentará su trabajo en diez páginas tamaño carta, escritas a máquina y a doble espacio.

Las Ponencias serán entregadas en la Secretaría del Congreso a más tardar el quince de junio, acompañadas del material gráfico correspondiente. Los comentarios de las ponencias se recibirán hasta el diez de julio.



Los temas generales deberán ser presentados escritos a máquina en tamaño carta a doble espacio y en una extensión tal que no exceda de treinta minutos su lectura. Debiendo presentarse a más tardar el treinta de junio

#### SEPTIMA: **Sesiones.**

Habrá cuatro clases de sesiones: Solemnes, Plenarias, de Sección y de Resoluciones. Serán Solemnes las de apertura y clausura y presididas por los Presidentes Honorarios o sus representantes y por la Comisión Organizadora. En las Plenarias, se tratarán asuntos de interés general y en forma de ponencia, siendo presididas por el Presidente Ejecutivo del Congreso o por el Vicepresidente. Las sesiones de Sección serán aquellas en que se presenten trabajos de índole especial y serán presididas por las personas que designe la Comisión Organizadora. Las sesiones de Resoluciones serán aquellas en que se dé cuenta de los aspectos más importantes tratados y se fijen las condiciones de celebración del futuro Congreso.

OCTAVA: Aquellos casos no previstos por la Convocatoria serán resueltos por la Comisión Organizadora.

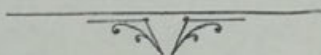
Queda establecido que durante la Semana del Congreso se efectuarán reuniones de carácter social cuyo programa se dará a conocer oportunamente.

#### "PONENCIAS"

- 1.—Las resecciones pulmonares en la tuberculosis.
- 2.—El neumotorax extrapleurales.
- 3.—La colapsoterapia bilateral.
- 4.—La anestesia en cirugía de torax.
- 5.—El problema del charlatanismo en México desde los puntos de vista social y jurídico.
- 6.—La cooperación privada en la lucha contra la tuberculosis.
- 7.—Tratamiento del empiema.
- 8.—La colapsoterapia en la tuberculosis infantil.
- 9.—Diagnóstico de la silicosis.
- 10.—Las incapacidades en silicosis.

## "SECCIONES"

- Sección de Colapsoterapia Quirúrgica.
- Sección de Colapsoterapia Gaseosa.
- Sección de Profilaxis y Epidemiología.
- Sección de Laboratorio y Anatomía Patológica.
- Sección de Broncología.
- Sección de Aparato Digestivo.
- Sección de Pleura y Tuberculosis.
- Sección de Clínica y Radiología de la Tuberculosis.
- Sección de Tuberculosis Extrapulmonar.
- Sección de Piel y Tuberculosis.
- Sección de Nutrición y Tuberculosis.
- Sección de Aparato Respiratorio no Tuberculoso.
- Sección de Silicosis.





# Gardénal

FENIL - ETIL - MALONILUREA

EPILEPSIA  
CONVULSIONES  
ESTADOS ANSIOSOS  
INSOMNIOS REBELDES

*EN TUBOS DE COMPRIMIDOS  
A 0,10, 0,05 Y 0,01*

USESE EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCION  
Y BAJO LA VIGILANCIA MEDICA

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE  
SPÉCIA

MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHONE  
21, RUE JEAN-GOUJON - PARIS-8<sup>e</sup>

N<sup>o</sup> 3467 D. S. P.

**DR. ROBERTO F. CEJUDO**

TRANSFUSIONES SANGUINEAS

Bucareli No. 85.

Tels.: 13-34-50 y L 43-74

---

**DR. TEODORO FLORES COVARRUBIAS**

RADIOLOGIA, CLINICA Y ELECTRODIAGNOSTICO

Génova No. 39.

Tels.: 14-20-62 y L-72-30

---

**DR. JOSE TORRES TORIJA**

Av. Madero No. 66.

Tels.: 12-45-48 y J-11-33

---

**DR. GUIDO TORRES MARTINEZ**

RAYOS X — TERAPIA PROFUNDA — ELECTROPIREXIA

Londres No. 13.

Tels.: 14-65-66 y L-72-68

---

LABORATORIO MEDICO DEL

**DR. ALBERTO LEZAMA**

Regina No. 7.

Tels.: 12-60-02 y J-33-06



# ORARGOL

Complejo COLOIDAL de PLATA y ORO

## ANTI-INFECCIOSO GENERAL

ORARGOL INYECTABLE, ampollitas de 5 c.c.

### F O R M U L A :

PLATA COLOIDAL ELECTRICA .....	0.00225	Gr.
ORO COLOIDAL ELECTRICO .....	0.00025	„
Goma arábica purificada .....	0.05	„
Glucosa pura .....	0.2375	„
Agua destilada, c.b.p. ....	5 c. c.	

DOSIS Y MODO DE EMPLEO: Para los ADULTOS, una inyección de 5 a 10 c.c. intramuscular o endovenosa todos los días o de 2 en 2 días.

Para los NIÑOS, 1 c.c. por año de edad.

Reg. No. 4186 D. S. P.

Prop. 22051

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

Laboratorios de los PRODUCTOS AMICROS  
64 Blvd. V. Hugo, Clichy, pres París, Francia.

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS:

**ESTABLECIMIENTOS LAUZIER, S. de R. L.**

Av. Chapultepec, 276

Apartado 399

MEXICO, D. F.

## Sulfuros de Mercurio y Bismuto

(En el Estado Coloidal)

1. - Llena totalmente las exigencias de la moderna terapéutica antiluética.
2. - No produce reacciones, como estomatitis, etc.
3. - Es completamente indoloro y sin analgésico.
4. - No causa manchas (tatuaje) ni nódulos en el local de la inyección.
5. - Garantiza su prestigio.

*Series*  
INFANTIL  
A  
B  
&  
C

# HILOBÍ

Reg. No. 14457 D.S.P.

PARA MUESTRAS Y LITERATURA:

LABORATORIOS PICOT, Regina No. 13, México, D. F.



# ANIONBI

Reg. 2149 D. S. P.

### Combinación liposoluble casi indolora de yodo y bismuto en el estado ANION

Inyectado mantiene su solubilidad en el vehículo grasoso, sin descomponerse como otros liposolubles.

Asimilable rápidamente por las células del sistema retículo-endotelial, fijador en grado elevado de las grasas.

Por ser ANION, su tenor en bismuto metálico (2.1 ctgrs.) evita la "gripe bismútica" con los resultados terapéuticos de las antiguas sales.

Atraviesa más rápidamente las meninges y aun en los casos de sífilis primaria, substituye a los arsenicales.

PARA MUESTRAS Y LITERATURA:

LABORATORIOS PICOT, Regina No. 13, México, D. F.



# 'BISMUTO KOCH'

EL "BISMUTO KOCH es un Bismuto metálico purísimo en estado coloidal, de granos extremadamente finos, suspendidos en solución isotónica.

EL "BISMUTO KOCH" es, hasta la fecha, la forma más científica y racional de los preparados Bismúticos y muy superior a todas las preparaciones de sales insolubles, teniendo sobre éstas, tres ventajas: exacta dosificación, rápida absorción y completa eliminación.

SIFILIS y HEREDO-SIFILIS: Una ampolleta cada tercer día, subcutánea o intramuscular hasta llegar a una dosis de 3 a 5 centigramos según indicación médica, es decir tres o cinco cajas.

Estas curas por el "BISMUTO KOCH" pueden repetirse con intervalos de uno o dos meses durante cinco o seis años, tiempo en que casi siempre se obtiene la curación de la SIFILIS.

Reg. No. 17284, D. S. P,

Usese exclusivamente por prescripción y bajo vigilancia médica.

UNICO DISTRIBUIDOR:

DR. MANUEL F. CASTILLO

Manuel María Contreras No. 106

MEXICO, D.F.

Eric.: 16-16-24

# BISMUTHOIDOL

## ROBIN

### BISMUTOTERAPIA ESPECIFICA



Bismuto coloidal al estado de metal absolutamente puro, en solución acuosa. Totalmente indoloro. No se acumula en el organismo. No provoca choques ni otras reacciones. Garantiza el conocimiento exacto de la dosis de Bi. metal circulante

USESE EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCIÓN Y BAJO LA VIGILANCIA MÉDICA. Reg. Núm. 10431 D.S.P. Prop. Núms. 9110 y 6688

## ESTABLECIMIENTOS MAX ABBAT, S. A.

MEXICO, D. F.

RHIN NUM. 37

# SINERGIA TERAPEUTICA

realizando la auto-defensa del organismo  
en un tratamiento asociado atóxico de :



1º CINAMEINA  
(Cinamela Total)

2º CANFOLINA  
(Canforato de Colina)

**AUTO-DEFENSA DEL ORGANISMO  
PRETUBERCULOSIS**

**TRATAMIENTO ADYUVANTE de las  
TUBERCULOSIS**  
- MEDICAS Y QUIRURGICAS -

Usese por prescripción Médica

Reg. No. 16396, D.S.P.

Prop. No. 8510

LABORATOIRES DE SPÉCIALITÉS SCIENTIFIQUES LOGEAIS, 24, rue de Silly, BOULOGNE-s/Seine  
(Francia)

## B - E N D O - V I T

VITAMINA B<sub>1</sub>

Para uso intravenoso e intrarraquídeo

(También se pueden emplear las  
vías usuales de inyección)

5,000 U. I. DE VITAMINA B<sub>1</sub> POR C.C.

Reg. D. S. P. 23402

**LABORATORIOS Dr. ZAPATA, S. A.**

AV. INSURGENTES No.35.

MEXICO, D. F.



## YODITREN COMPS. ADULTOS

Tubos de 20 comprimidos

### FORMULA:

Succinilsulfatiazol.....	0.40 grs.
Yodo Cloro Hidroxiquinolina.....	0.10 "
Excipiente c. b. p.....	0.60 "

INDICACIONES: Enteritis, Colitis agudas o crónicas. Amebicida.

POSOSOGIA: De seis a diez comprimidos al día.

Reg. Núm. 27799 D. S. P.

## YODITREN COMPS. INFANTIL

Tubos de 20 comprimidos

### FORMULA:

Succinilsulfatiazol.....	0.20 grs.
Yodo Cloro Hidroxiquinolina.....	0.05 "
Excipiente c. b. p.....	0.30 "

INDICACION S: Gastroenteritis, Colitis mucosanguinolentas. Amebicida.

POSOLOG A: De tres a diez comprimidos al día, según el peso del niño.

Reg. Núm. 27799 D. S. P.

## LABORATORIOS GAVRAS, S. DE R. L.

ANTONIO SOLA No. 58

Apdo Postal 8771

- MEXICO, D. F. -

Tel. Eric. 14-26-60

## NEUROTONINE

Registro No. 15314

### SEDANTE — HIPNOTICO — ANTIESPASMODICO

#### FORMULA:

Sal sódica de ácido dietilbarbiturico.....	3.00
Extracto de raíz de valeriana fresca .....	97.00

Utilísimo en insomnios, agotamiento nervioso, espasmos,  
estado de ansiedad, etc., etc.

#### DOSIS:

SEDANTE: Media cucharadita cafetera por la mañana y una o dos por la noche

HIPNOTICA: Una a tres cucharaditas por la noche al acostarse.

## LABORATORIOS "GAVRAS"

Antonio Sola No 58.

MEXICO, D. F.

# INTERNADO BINET

## CENTRO DE EDUCACION ESPECIAL

Tratamiento Endócrino y Neuro-Psiquiátrico

EXCLUSIVO PARA NIÑOS Y NIÑAS

Av. Madero 15

Eric. Local, 140

Mex. Local, 44

Tlalpan, D. F.

DIAGNOSTICOS CLINICOS - ESTUDIOS ESPECIALES MENTALES  
Y PEDAGOGICOS - TRATAMIENTO MEDICO PSICO-PEDAGOGICO

Todo el personal técnico está especializado

Director: DR. FRANCISCO ELIZARRARAS G.

Secretaria: Señorita profesora Lilia Alfaro Vega.

### PERSONAL MEDICO:

Psiquiatría: Dr. Francisco Núñez Chávez.

Neurología: Dr. Francisco Elizarrarás G.

Oto-Rino-Laringología: Dr. Fernando Meléndez.

Oftalmología: Dr. José Carlos Fernández McGregor.

Odontología: Dr. Enrique Encinas Vélez.

Pediatría: Dr. Jorge Muñoz Turnbull

Cirugía niños: Dr. Roberto Portillo Gómez.

Laboratorio: Dr. Alberto Lezama.

Laboratorio Psicotecnia: Profa. Soledad Crail Reyes.

PERSONAL PEDAGOGICO: Jefe: Profesor Miguel Huerta Maldonado.

Profesoras: Carmen Romo, Lilia Alfaro, Josefina Saloma.

Laura Alva Iniesta, María Cristina Lechuga y Elisa Catzin Besserer.

## LABORATORIOS KÖCH

INDICACIONES Y POSOLOGIA DEL

### BISMUTO KÖCH INFANTIL

El "BISMUTO KOCH INFANTIL" es un Bismuto metálico purísimo en estado coloidal, de granos extremadamente finos suspendidos en solución isotónica.

El "BISMUTO KOCH INFANTIL" es hasta la fecha, la forma más científica y racional de los preparados bismúticos y muy superior a todas las preparaciones bre éstas tres ventajas: exacta de sales insolubles, teniendo dosificación, rápida absorción y completa eliminación.

SIFILIS y HEREDO-SIFILIS:

Una ampollita cada tercer día, subcutánea o intramuscular hasta llegar a una dosis de 2 a 3 centigramos según indicación médica, es decir 4 a 6 cajas.

Estas curas por el "BISMUTO KOCH INFANTIL" pueden repetirse con intervalos de uno a dos meses durante cinco o seis años, tiempo en que casi siempre se obtiene la curación de la SIFILIS. NOTA.—Agítese la ampollita antes de usarse.—Reg. No. 17285. D. S. P.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica

UNICO DISTRIBUIDOR:

**DR. MANUEL F. CASTILLO**

MANUEL MARIA CONTRERAS NUM. 106.

Ericsson 16-16-21

MEXICO, D. F.



# Clínica Neuropsiquiátrica

«Dr. Samuel Ramírez Moreno»

DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA

Génova No. 39      Tels.: 14-20-62 y L-72-30      México, D. F.

DIAGNOSTICOS CLINICOS - ESTUDIOS DE GABINETE Y LABORATORIO  
TRATAMIENTOS ESPECIALES

---

## SANATORIO:

Eric. 23-59-59      Av. México Núm. 10      Mex. F-06-50  
Axotla, Villa Obregón, D. F.

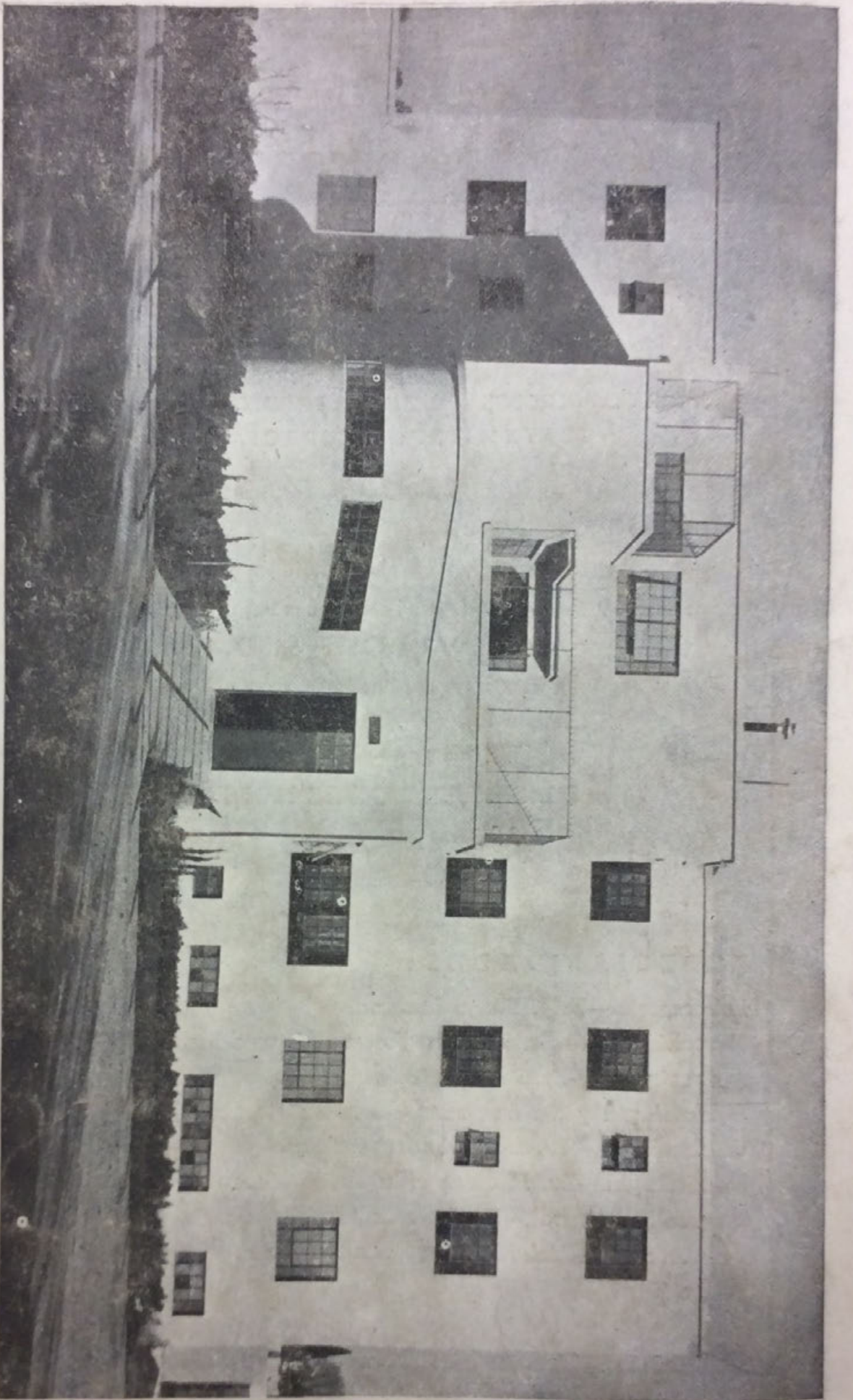
Director:

**DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO**

---

## ESPECIALIDADES:

Laboratorio.—Dr. Alberto Lezama.  
Neurobiología.—Dr. Teodoro Flores Covarrubias.  
Neurocirugía.—Dr. Manuel Velasco Suárez.  
Hematología y transfusiones.—Dr. Roberto F. Cejudo.  
Oftalmología.—Dr. Luis Sánchez Bulnes.  
Odontología.—Dr. Manuel Villalpando Moreno.  
Metabolismo basal.—Dr. Luis Gaitán G.  
Masoterapia.—Prof. Heliodoro Maldonado F.



SANATORIO NEUROPSIQUIATRICO  
Dr. Samuel Ramírez Moreno