

Clasif.
Adquis. H 13,555
Fecha
Proced
E. S. D. A. / -

S-T
1935

CLASIF.
ACE

AUT.
9066

FECHA

PROCED.

(10)

192

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

1935 - Pediatría -
T-13 - Anomalidades

El Estado Tímico-Linfático en los Niños Mentalmente Anormales.

TESIS

Que para su Examen general
de
MEDICINA, CIRUGIA Y OBSTETRICIA,
presenta
JESUS RODOLFO ACEDO.

MEXICO, D. F.
IMP. UNIVERSAL SALVADOR 56

1935

A MIS PADRES,
caríñosamente.

A la Memoria
de
D. ALEJANDRO REDO,
en testimonio de mi
viva gratitud.

A D. DIEGO REDO,
con mi reconocimiento.

A mi Maestro
DOCTOR R. GONZALEZ ENRIQUEZ,
quien me ha inspirado la idea
de este trabajo.

CONTENIDO

INTRODUCCION.

*ETIOLOGIA GENERAL DE LAS
PERTURBACIONES MENTALES DE LA INFANCIA.*

ESTADO TIMICO-LINFATICO.

TRATAMIENTO.

OBSERVACIONES CLINICAS.

OBSERVACIONES GENERALES.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

Uno de los problemas que más preocupa al médico es el de la infancia anormal. Es fácil imaginarse la inmensa satisfacción que produce formar una inteligencia, cultivarla y desarrollarla y también cuánta desilusión, pesar y humillación esperan a los padres de los desgraciados seres incapaces de sentir y comprender. En lugar del orgullo conmovedor e inocente que acompaña a cada etapa del desarrollo físico y psíquico, la pesadumbre de comprobar la inferioridad de lo que más se ama en este mundo; en lugar del cambio intelectual y afectivo, que es el objeto y substancia de la vida, la vergüenza de disimular lo que, consecuencia de las tachas hereditarias o tan sólo de la reunión de circunstancias desgraciadas, aparece como una mancha y una inferioridad; no encontrar en el camino más que conmiseración, cuando no repulsión: ¡He aquí su triste sino!.

ETIOLOGIA GENERAL DE LAS PERTURBACIONES MENTALES DE LA INFANCIA.

HERENCIA EN GENERAL: Por herencia es preciso estudiar, en patología mental, una predisposición original a las psicopatías, transmitida a los descendientes por los padres. (Regis).

Es sin duda alguna, la más importante de las causas de las perturbaciones mentales, "la causa de las causas", como se le ha llamado.

Puede el factor herencia dividirse en: herencia de perturbaciones mentales y psicosis por herencia, debidas estas a intoxicaciones, infecciones, trastornos endocrinos, etc. de los progenitores.

HERENCIA NEUROPATICA Y PSICOPATICA: La transmisión hereditaria de las enfermedades nerviosas y mentales, puede hacerse de dos maneras: por herencia similar u homóloga, en la que el hijo hereda la misma enfermedad que padecían sus ascendientes; o herencia disemejante o heteróloga, cuando la herencia se manifiesta en el descendiente produciendo otra enfermedad que la padecida por los progenitores.

En el grupo de las grandes alienaciones mentales, la herencia es casi el único factor que rige la aparición del trastorno mental. Las circunstancias exteriores, a menudo invocadas como origen del trastorno mental, no hacen más que poner de manifiesto un estado morbozo preexistente.

Briscoe, estudiando las familias de 100 alienados, encuentra en la ascendencia o en los colaterales de 70 de ellos, sujetos afectados desde el punto de vista mental.

HEREDO-ALCOHOLISMO: De todas las intoxicaciones crónicas es el alcoholismo la más extendida y de las más nocivas, desgraciadamente no solo para el individuo sino para la especie.

Dicha intoxicación, como las diversas causas incidentales capaces de influir sobre el producto de la concepción, puede actuar, ora antes de ésta, obrando sobre los gametos masculinos o femeninos, ora durante la gestación, aportando al feto, al mismo tiempo que la sangre materna, los productos tóxicos de que va cargada. —Los interesantes trabajos de Nielaux han demostrado que cuando una mujer encinta está sometida a la ingestión diaria de dosis moderadas de alcohol, las cantidades de tóxico encontradas por el análisis son casi las mismas en los órganos maternos que en los fetales; se concibe sin trabajo, cuán profunda debe ser la acción de éste tóxico en un organismo en vía de formación; a decir verdad, se trata más bien, en éste caso, de intoxicación directa del embrión o del feto que de herencia propiamente dicha. Pero el alcohol no sólo es capaz de obrar de este modo, puede también afectar al espermatozoide o al óvulo, antes de la concepción, y ocasionar así los más funestos efectos para el huevo nacido de la reunión de estas células alteradas.

Las estadísticas hechas en diferentes países demuestran de manera clara el importantísimo lugar que el alcoholismo tiene en la manifestación de las deficiencias psíquicas.

Estas manifestaciones son, por otra parte, extremadamente variables; unas veces se trata de un simple retardo intelectual; otras el defecto del desarrollo intelectual es más notable y hasta completo y puede llegar a la idiotez profunda: el 60 por 100 de los idiotas de los asilos son hijos de alcohólicos. Hay que hacer notar la frecuencia particular en los hijos de los bebedores de las crisis epilépticas. Más de los dos tercios de los casos

de epilepsia denominada esencial, dependen de la herencia alcohólica.

Esto por lo que se refiere a la intoxicación crónica.

Se ha hablado también de la influencia que pueda tener el alcoholismo agudo en el momento de la concepción; y Langdon. Down, Sabatier, Bourneville y otros, opinan que la debilidad mental es frecuente entre los niños que han sido concebidos estando uno de los progenitores o los dos, intoxicados por el alcohol en forma aguda.

OTRAS INTOXICACIONES: Se han citado como factores que pueden determinar trastornos morbosos que traigan la deficiencia psíquica en los descendientes, las intoxicaciones por el plomo, fósforo, mercurio, cobre, etc.

Libert cita un ejemplo enteramente demostrativo relativo al cocainismo, comunicado por Marfán: un hombre había tenido al principio, de su mujer que era enteramente normal, una hija inteligente y sana; llegó a tomar más de 3 gramos de cocaína por día; tuvo entonces, dos meses después del comienzo de la intoxicación, una hija pálida y enclenque; luego más tarde, en pleno cocaínismo, un idiota completo y por último, un idiota microcéfalo.

HEREDO-SIFILIS: La importancia de la sífilis en el retardo mental es muy conocida. Basta recordar la estadística de todos los frenocomios y de los presidios para convencerse del papel que desempeña la lúes en la vida de la humanidad.

Las cifras dadas por los diversos autores varían mucho, pero todas tienen un carácter común, el de ser elevadas.

Fournier llega a opinar que en los retardados mentales ese síntoma es a menudo considerado como una sospecha de heredo-sífilis y que a favor de un tratamiento específico, se obtiene una considerable mejoría y muchas veces hasta una curación.

La frecuencia de la reacción positiva de Wassermann encontrada por Roviart y sus alumnos en los degenerados, pare-

ce confirmar de por sí el papel tan activo de la heredo-sífilis en las enfermedades psíquicas.

HEREDO-TUBERCULOSIS: El porcentaje dado para este factor es corto, si se toman en cuenta únicamente los casos que presenten sintomatología indudable con caracteres clínicos clásicos, pero si se incluyen los casos sospechosos, el porcentaje aumenta en muy grande proporción.

Vermeylen en el dispensario de higiene mental infantil de Bruselas, en 800 niños examinados por anomalías psíquicas diversas, encontró 322 que tenían en sus ascendientes o colaterales, el factor tuberculosis. Muy raramente, el niño presenta en sí, signos clínicos de tuberculosis.

La asociación de la tuberculosis con otras intoxicaciones o psicopatías parece necesaria para producir la deficiencia mental, mientras que la infección bacilar parece obrar a menudo sólo en la producción de las anomalías del carácter.

CONSANGUINIDAD: El capítulo de la consanguinidad como causante del retardo mental, se presta a muchas conjeturas.

Hay autores en pro y en contra de este asunto.

Parece ser que la consanguinidad exalta las taras hereditarias pero no las crea, o también parece obrar aumentando las probabilidades de herencia de enfermedades mentales padecidas por los progenitores.

EDAD DE LOS PADRES: No se niega de una manera absoluta el que ésta pueda ser una causa de deficiencia mental; pero se cree que lo que hay en la mayor parte de las veces es un caso de herencia nerviosa.

De las estadísticas de Korosi hechas sobre 24,000 individuos, se desprende que los hijos de padres cuya edad es menor de 20 años o mayor de 40, suministran un contingente morbozo mayor que los comprendidos entre estas dos edades.

Es muy posible también que la diferencia de edad de los progenitores sea un factor importante para causar la deficien-

cia mental en los hijos ya sea en un sentido o en otro, siempre que dicha diferencia sea muy acentuada.

Ahora bien, en relación de edad y psicosis, se observa que en la niñez predominan las psicosis impulsivas, degenerativas, la debilidad mental, la idocia.

SEXO: En una estadística general se ve que el sexo masculino figura en una cifra más elevada que el femenino. El idiotismo y el cretinismo son más frecuentes en el hombre.

DESNUTRICION: Se debe colocar en un lugar importante en virtud de la enorme frecuencia de ella en nuestra clase humilde. Es a su vez causada por las malas condiciones de vida: exponente seguro de la vida precaria de nuestro pueblo bajo. Desnutrición que llevará a sus víctimas a la bacilosis en un futuro más o menos lejano.

TRAUMATISMOS DEL PRODUCTO: Los traumatismos en sus múltiples formas: caídas sobre el abdomen, golpes en ésta región con instrumentos contundentes, puntapiés, etc., han sido a su vez considerados como causa de insuficiencia psíquica del producto.

Se cree que los traumatismos obran produciendo bruscos sacudimientos en la masa encefálica del feto, los que pueden traer destrucción o lesión de algunas porciones de la misma.

INFECCIONES DURANTE EL EMBARAZO: La Neumonía, la Fiebre Tifoidea, el Tifo, etc., etc. padecidas por la madre, son en ocasiones la causa del déficit psíquico en el hijo.

Estas causas se cree que obran trayendo trastornos circulatorios en el producto o produciendo en él una verdadera intoxicación.

INTOXICACIONES DURANTE EL EMBARAZO: Sean endógenas o exógenas pueden invocarse como factores de las perturbaciones mentales en el descendiente.

CAUSAS QUE OBRAN DURANTE EL NACIMIENTO: Dichas causas tales como la aplicación del forceps, el trabajo de parto prolongado, la no deflexión completa de la cabeza, ad-

ministración de cloroformo, el estado de muerte aparente, etc., se pueden invocar en algunas ocasiones como determinantes de una perturbación mental. Pero lo más exacto es que obren como adyuvantes a otros factores preexistentes.

CAUSAS QUE OBRAN DESPUES DEL NACIMIENTO:
Son de muy diversa índole. Pueden dividirse en traumáticas, infecciosas, tóxicas y trastornos de secreción de las glándulas endocrinas.

Los traumatismos llevados sobre el cráneo durante la primera infancia, han sido frecuentemente acusados de haber causado defectos mentales. Seguramente que habrá ocasiones en que se pueden invocar como factor etiológico: traumatismo que provoque una fractura del cráneo, una hemorragia meníngea, una destrucción de una porción del cerebro, una hemorragia cerebral, una meningitis, etc.; pero en otras ocasiones se trata de un traumatismo incapaz de provocar las lesiones necesarias para la producción de una deficiencia mental digna de tenerse en cuenta.

Entre las infecciones sufridas por el niño, las que con más frecuencia producen deficiencias mentales, son las meningitis. Pueden estas meningitis obedecer a multitud de causas: traumatismos en el cráneo, otitis media, abscesos de la órbita, erisipela de la extremidad cefálica, meningitis en el curso de la neumonía, de la fiebre tifoidea y también meningitis que se presentan en los niños tuberculosos.

La meningitis, a la que comunmente se asocia la encefalitis, puede traer aparte de otros muchos trastornos, agenesias psíquicas, que pueden ser desde el simple retardo intelectual hasta la idocia profunda.

Muy notable es el influjo del sistema endocrino sobre las funciones psíquicas e intelectuales. Cuando una glándula se altera, su trastorno repercute sobre las demás que por la correlación interglandular que existe, se altera a su vez. Se origina entonces, un síndrome pluriglandular. La mayor parte de las afecciones endocrinas son de ésta naturaleza; pero siempre

hay una glándula más alterada que las demás y que da la característica principal al cuadro clínico.

El amplio, amplísimo capítulo de las glándulas de secreción interna da actualmente margen a considerar muchos de los fenómenos psicológicos, tanto intelectuales, como afectivos y volitivos, dentro de la patología endocrina. Basta recordar a este propósito los cambios de carácter que se presentan regularmente en la enfermedad de Basedow (irritabilidad psíquica, tendencia a encolerizarse bruscamente, disposición de ánimo maniacoeufórica) y en el mixedema infantil llamado por Bourneville idiotismo mixedematoso (apatía, los sentidos funcionan torpemente y la inteligencia no sólo permanece en estado infantil, sino además sumida en un hondo sopor, muy próximo al idiotismo), el humor especialmente tranquilo de los enfermos de distrofia adiposo-genital, el impulsivismo y los trastornos afectivos en algunos pineales, la sensación de insuficiencia espiritual de los adisonianos, la depresión de ánimo de los tetánicos y finalmente, los profundos cambios que se producen en el psiquismo al madurar las glándulas sexuales durante la pubertad o al cesar su función.

Y ya en éste capítulo, debemos hacer mención especial del llamado estado tímico-linfático, cuyas relaciones con las perturbaciones mentales, frecuentes en la niñez, han sido invocadas. En el curso del presente trabajo, trataremos de aclarar las relaciones que existan entre dicho estado y los trastornos mentales de la infancia.

ESTADO TIMICO-LINFATICO

Paltauf ha dado el nombre de estado tímico-linfático a la coexistencia de una hipertrofia tímica con modificaciones del sistema linfático. El hecho de haber situado la hipertrofia del timo en el concepto de estado tímico-linfático, ha dado lugar a una confusión de ideas. Para la escuela alemana con Lovegren, Ylppo Arvo y Finkelstein, el papel del timo en este conjunto morboso, es difícil de establecer, pudiendo ser inexistente o secundario. Otros, con Cesare Cattaneo a la cabeza dicen que el error principal reposa en el hecho de haber considerado como hipertróficos timos perfectamente normales; de haber visto una hiperfunción en timos que se encontraban aumentados de volumen sin asegurarse de saber si ese crecimiento no era debido eventualmente a un aumento de la porción cortical mientras que los corpúsculos de Hassal se encontraban en menor número. Se trataría para él de una disfunción.

Lo cierto es que existen relaciones muy estrechas entre el timo y el sistema linfático general u Organos linfoides. Se designan con éste nombre una serie de formaciones anatómicamente muy diferentes; los ganglios linfáticos, el bazo, el timo, las amígdalas, los folículos cerrados del intestino, el apéndice. Todos estos órganos poseen un mismo carácter histológico, el de estar constituídos por tejido linfoide; tienen propiedades comunes, especialmente la aptitud en la fabricación de linfocitos y en el poder fagocitario.

Por lo que al timo respecta, se ve al corte que su parenquima está formado por multitud de lóbulos sostenidos por una trama de tejido conjuntivo. Elementalmente, el lóbulo consta de dos zonas: una periférica (cortical) más oscura y otra central (medular). Una y otra están formadas por un retículo fibro-celular, en cuyas mallas se alojan **numerosas células linfocitarias, pequeños mononucleares y células eosinófilas**. El conjunto es enteramente igual al de los ganglios linfáticos. Estos elementos linfáticos embrionariamente, histológicamente y en sus relaciones patológicas, forman parte del sistema linfático general. **Embriológicamente** es primero un órgano epitelial. Se desarrolla, en efecto, a expensas de la tercera bolsa branquial. Más tarde, el timo embrionario llega a ser **linfoepitelial**; está invadido, por linfocitos que, periféricos al principio, penetran a continuación hasta el centro del órgano y le dan su estructura definitiva. Desde el punto de vista **histofisiológico**, los linfocitos siguen una evolución centrípeta (mientras que es centrífuga en los ganglios); en la corteza son pequeños, de aspecto embrionario y se dividen activamente; maduran a medida que avanzan hacia la substancia medular y en ésta, en su rica red capilar, pasan a la circulación general. **Histopatológicamente** se encuentran idénticas lesiones que en el sistema linfático. Se trata de una hiperplasia simple que recae en todos los elementos del órgano. El tejido linfoide está sobre todo extremadamente desarrollado; los linfocitos, muy densos, están mezclados con mononucleares medianos, macrófagos, a veces con elementos de la serie mieloide."

En resumen, el timo parece tener una función **linfopoyética**. En efecto, es un centro de multiplicación de los linfocitos y es probable que refuerce desde éste punto de vista, la acción de los ganglios linfáticos durante los primeros tiempos de la vida. La hipertrofia tímica va acompañada, además, de linfocitosis sanguínea, al mismo tiempo que el microscopio revela la presencia de masas linfocíticas en la mayoría de los tejidos del organismo.

En lo que concierne al tejido linfático y su hiperplasia, el error, como para el timo, se repite. Sabemos poco acerca de la cantidad de tejido linfático de cada uno de los órganos linfáticos o del conjunto de los órganos en las diferentes edades y en los diferentes individuos; por otra parte, el infarto linfático no significa hiperplasia del sistema; aunque son argumentos de gran valor, que hablan en favor de ésta hiperplasia, el aumento de tejido linfático del anillo rinofaríngeo, el de los ganglios periféricos y amígdalas, folículos de la base de la lengua (Signo de Schridde), de la mucosa intestinal y los folículos del bazo.

Hay, en definitiva, según dice Cattaneo, en el estado tímico linfático, hipofuncionamiento del timo y de los tejidos linfáticos y opina que, para evitar los errores que provienen de la gran importancia dada, sea a los signos linfáticos, a las reacciones de la piel y de las mucosas o bien al estado del timo, es mejor hablar de **Linfatismo disendocrino**.

EXPLORACION DEL ESTADO TIMICO-LINFATICO

Los procedimientos de exploración, de por sí bastante inciertos y difíciles de realizar, se reducen al examen clínico, radiológico, a la hormorreacción y a la enzimoreacción.

En lo que se refiere al timo, cuando la glándula está hipertrofiada, la **percusión** puede revelarla por la presencia de matitez retrosternal; la percusión de la región tímica da normalmente signos poco claros, la submatitez de este órgano se confunde con la del pedículo de los gruesos vasos. Sólo se tendrán en cuenta, desde el punto de vista patológico, matiteces claras, que rebasen ampliamente la horquilla del esternón. A veces también su polo superior llega a ser perceptible por la **palpación**, detrás de la horquilla esternal, en el curso de la espiración (Signo de Rihn) pero es de apreciación difícil. Engaña a menudo, y cuando existe, no se encuentra siempre hipertrofia del timo en la autopsia. El mejor procedimiento de exploración está suministrado por la **radiología** (radioscopia o

radiografía), que muestra una sombra tímica cuya forma y dimensiones se pueden apreciar. La **traqueoscopia** (Jackson) puede ser peligrosa y no proporciona datos lo bastante precisos para poder recomendarla.

El valor funcional del timo y de los órganos linfáticos se hace por medio de pruebas biológicas. En el animal privado de glándulas de secreción interna y en el hombre atacado de hipofuncionamiento de estas mismas glándulas, una hormorreacción positiva indica (intradermorreacción con preparaciones hormonales de timo y de ganglios linfáticos) un hipofuncionamiento de la glándula correspondiente. Una enzimorreacción positiva debe ser igualmente interpretada como testimonio de un hipofuncionamiento glandular.

SINTOMATOLOGIA Y DIAGNOSTICO

Dividiremos éste capítulo en sintomatología de la hipertrofia tímica y síntomas del timo-linfatismo.

La hipertrofia del timo, desde el punto de vista clínico, puede ser latente o manifestarse por accidentes disneicos a veces asociados a la cianosis o también terminar por el accidente dramático de la muerte repentina.

La **forma latente** no es excepcional. Se trata de niños en apariencia normales o que ofrecen alguna dificultad respiratoria y en los que un exámen clínico completo muestra la existencia de un timo grueso. Estas formas con trastornos poco acentuados y reacciones clínicas discretas y fugaces, son importantes de conocer por la amenaza que representan y de la cual conviene estar advertido.

En la **forma ruidosa** se presentan accidentes de compresión que pueden hacerse dramáticos. Trastornos respiratorios que han sido descritos por diversos autores y en particular por Marfán, caracterizados por disnea y cianosis y a veces por manifestaciones más excepcionales tales como la afonía, trastornos de la deglución e hipo prolongado.

Todos estos fenómenos, sean continuos o paroxismales, son agravados por circunstancias desfavorables, que de un modo general se reducen a maniobras que aumentan la presión del timo sobre las vías respiratorias o que ocasionan un estado congestivo de la región del cuello. De este modo obran el decúbito dorsal, la hiperextensión de la cabeza y los accesos de cólera.

La muerte es a veces la terminación de estos **accesos paroxismales**.

Acerca de la percusión y de los procedimientos radiológicos ya dijimos los datos que nos pueden proporcionar, cuando hablamos de los métodos de exploración, no los mencionaremos aquí para no caer en repeticiones inútiles.

El timo-linfatismo o para hablar con mayor corrección, el linfatismo disendocríneo, como dice Cattaneo, se manifiesta en clínica, por un síndrome bastante fácil de reconocer, caracterizado por: palidez y flacidez de la piel, adiposidad y relajamiento muscular, infarto de los ganglios periféricos y de las amígdalas, adenoidismo más o menos acentuado, ingurgitación de los folículos de la base de la lengua (Signo de Schridde), existencia de un bazo a menudo palpable, tendencia a las manifestaciones catarrales de las primeras vías respiratorias, débil resistencia a las infecciones y muerte súbita en el curso de una infección banal. Esta muerte súbita es sobre todo frecuente en los dos primeros años de la vida.

Cualesquiera que sean las incertidumbres relativas al papel del timo en la génesis de la muerte súbita, se puede admitir con la mayoría de los autores, la existencia de una distrofia especial cuyos elementos esenciales son una hiperplasia de los órganos linfoides (con o sin hipertrofia del timo), un estado nutritivo particular con anemia, sobrehidratación "Status pastosus", frecuentemente ligado a la espasmofilia y en ciertos casos a un raquitismo, terreno particularmente favorable a la muerte brusca e inopinada.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Es difícil precisar las causas de esta constitución "particular"; no se puede, desde este punto de vista, más que emitir hipótesis.

No es exagerado decir que en el niño y tanto más cuanto más joven sea, existe un linfatismo fisiológico. Normalmente, el linfatismo fisiológico se atenúa con la edad, para desaparecer generalmente en la edad adulta. Pero en ciertos niños, el linfatismo, lejos de seguir esta curva regresiva se afirma y amplía durante los primeros años. Las dificultades surgen cuando se trata de discernir los factores de esta desviación linfática. Dos grandes teorías tratan de explicar este estado tímico-linfático. La primera habla de un estado constitucional, la segunda, de un estado adquirido. Para plantear más claramente el problema se puede investigar, por una parte, el origen congénito y por otra, el origen post-congénito.

A.—Origen congénito de los estados tímico-linfáticos.—Para unos autores, se trataría de un estado constitucional transmitido por generaciones; para otros, ésta distrofia linfática debe ser referida a trastornos o lesiones de los órganos del feto, reveladores de diversos factores, de entre los cuales algunos parecen poder ser precisados. Dos factores infecciosos y un gran factor tóxico deben sobre todo ser investigados.

(a) **Hereditario-sifilítico.**—Se está muy lejos de comprender la importancia de la hereditario-sifilítico en la génesis del estado tímico linfático. Aunque no sea posible invocarlo siempre, parece ser bastante para comprender, en numerosos casos, el origen de la distrofia linfática. En cierta medida, la hereditario-sifilítico puede explicar las manifestaciones esenciales del linfatismo disendocrino.

(b) **La escrófula y la hereditario-tuberculoso.**—Ciertos autores han relacionado la escrófula y el estado tímico-linfático, otros, por el contrario, separan estos dos estados. Los estudios más recientes incitan a investigar si el bacilo filtrante, el ultra-

virus tuberculoso, podría ser el responsable de ciertos estados de distrofia linfática.

Hay mucha materia de investigación acerca de este punto.

(c) **Hereditario-alcoholismo.**—Factor importantísimo (mayormente en nuestro medio), como causante de distrofias que traen aparejadas las manifestaciones tímico-linfáticas. Es incontestable que las intoxicaciones repetidas de los progenitores repercuten en el descendiente en todas sus manifestaciones y no podrá escapar a esto el sistema linfo-epitelial, que es órgano de defensa, contra infecciones e intoxicaciones y que, por relación que guarda con los demás sistemas, se verá afectado.

(d) **Otros factores congénitos.**—Hemos analizado entre los factores posibles del estado tímico-linfático la hereditario-sifilítico y la hereditario tuberculosis como infecciosos y el hereditario-alcoholismo como factor tóxico, pero sin duda otras causas son capaces, por intermedio de trastornos o lesiones endocríneas múltiples (tiroides, glándulas sexuales, hipófisis,) etc., nerviosas (lesiones de los centros nerviosos), humorales (estados anafilácticos) u otros, de determinar este estado. La sobrealimentación, la supernutrición materna, defectos de alimentación, malas condiciones higiénicas, carencia solar, condiciones sociales desfavorables, etc., etc., tienen también alguna influencia.

B.—Orígenes post-congénitos de los estados tímico-linfáticos.—Las causas expuestas anteriormente y que hayan obrado **in utero**, sobre todo si se trata de infecciones crónicas, podrían continuar después del nacimiento su acción distrófica y conducir, al estado de Paltauf. Pero se sabe que después del nacimiento, estas causas morbosas diversas, pueden acentuar la distrofia linfática, obrando sobre un terreno muy a menudo predispuesto, máxime que el nuevo ser sigue (con muy contadas excepciones) en un medio poco favorable a su recuperación y aumento de sus defensas y que ya expusimos en el párrafo anterior.

TRATAMIENTO

HIGIENICO: Hay que aconsejar a estos enfermos que vivan en un medio donde penetren fácilmente el aire, la luz y el calor, insistiendo sobre todo en las ventajas de la aeración completa y permanente, procurando al mismo tiempo el entrenamiento del enfermo contra el frío y los bruscos cambios de temperatura. Recomendar de manera principalísima la helioterapia.

Si es posible, enviar estos chicos al campo. Prescribirles ejercicios, paseos, juegos al aire libre y gimnasia. Cuando sea factible, ordenar la permanencia a orillas del mar, excepto en los niños menores de tres años y los niños demasiado irritables o afectos de dermatosis extensas.

Prescribir fricciones secas o estimulantes, baños salados (tomados cada dos días en casos en que la residencia a orillas del mar es imposible), duchas calientes o frías y masaje.

DIETETICO: Procurar una alimentación sana y abundante, rica en nitrógeno (carnes, grasas) y en fosfatos (pescados, sesos, cereales).

MEDICAMENTOSO: Reconocida la causa, el tratamiento etiológico es el ideal. En todo caso en que no se pueda diferenciar bien el factor causal sería útil instituir un tratamiento específico (sífilis y tuberculosis) dado el gran porcentaje que acusan éstas en la etiología general. Habrá necesidad de obrar conjuntamente al anterior tratamiento por medio de la tera-

péutica sintomática y adyuvante. Procurar activar la nutrición general, prescribiendo la mezcla siguiente:

R. Arrenal	10 a 20 cgrs.
Yoduro sódico	2 grms.
Cloruro sódico	10 grms.
Agua destilada	100 grms.

Una cucharada de las de café o de postre, dos veces al día, en una taza de leche.

Administrar **aceite de hígado de bacalao** a grandes dosis, cuatro a seis cucharadas soperas diarias (80 a 120 gramos), según la edad y la tolerancia del enfermo. Si el aceite puro es mal tolerado, mezclarlo con otros cuerpos menos repugnantes o prescribirlo en forma de emulsión de aceite de hígado de bacalao del Codex, que contiene aproximadamente un tercio de su peso de aceite de hígado de bacalao.

R. Aceite de hígado de bacalao	} aa 500 grs.
Agua de cal	
Sacarina	} aa 2 grs.
Esencia de almendras amargas ..	

También se puede corregir el sabor del aceite de hígado de bacalao con II gotas de esencia de menta piperita o de canela por 100 gramos de aceite.

Hay que prescribir de preferencia el aceite moreno al aceite amarillo.

Es bueno también asociar el aceite de hígado de bacalao con el extracto de malta, en la proporción de 30 a 40 por 100.

Si el aceite de hígado de bacalao es mal tolerado, o en verano, cuando resulta indigesto, se podrá substituir por el jarabe de rábano yodado, jarabe yodotánico simple o fosfatado, el jarabe de yoduro ferroso o vino yodotánico fosfatado del Codex. De todos estos medicamentos se podrán tomar dos a cuatro cucharadas de las de café para los niños y cuatro cucharadas de las de postres para los adultos.

Será útil administrar yodo y yoduros alcalinos:

Jarabe de rábano compuesto	} aa 100 grs.
R. Vino yodotánico fosfatado del Codex	

Una cucharada de las de postre o sopera, dos o tres veces al día, según la edad del niño.

Contra el estado toxiinfecciosos latente, utilícese el arsénico en forma de licor de Fowler, de cacodilato sódico o de arrenal y el yodoformo en píldoras:

R. Yoduro de arsénico	0.50 cgr.
Agua destilada	40 grs.
V a XXX gotas en los niños (de Saint-Philippe)	

En ocasiones serán útiles las inyecciones de suero artificial yodado a la dosis de 10 centímetros cúbicos, durante diez días seguidos de otros diez días de descanso y así sucesivamente:

R. Suero fisiológico	100 c. c.
Yoduro postásico	25 cgr.
Yodo metaloide	5 cgr.

Ordenar los recalescentes: fosfato cálcico, bifosfato cálcico, lacto o clorhidrofosfato cálcico, hiposfosfito cálcico, glicerofosfatos, etc.

En otras ocasiones será necesario obrar sobre determinados síntomas tales como la anemia, la anorexia, la dispepsia, etc etc., a veces utilizaremos los antisépticos generales o locales según el caso, lucharemos contra la adenopatía, la hipertrofia y congestión amigdalina, etc., y en dado caso se tendrá que intervenir en algunos sujetos cuando por medios medicamentosos no puede obrarse de manera eficaz y se vea el médico obligado a hacer una amigdalectomía, etc.

Para terminar mencionaremos el gran capítulo de la otopatología.

Indudablemente que habrá casos en los que la indicación de un preparado glandular sea preciso, en otros se necesitarán

varios como en los síndromes pluriglandulares pero en la mayor parte de las ocasiones se instituirá una opoterapia general y asociada.

En el cuadro que venimos estudiando será útil usar los extractos esplénicos porque parecen tener un papel especial antitóxico y antiinfeccioso.

El extracto esplénico, empleado en opoterapia, obraría no como supliendo las funciones del bazo en general, sino como estimulante de la hematopoyesis, cuyo sitio principal sería la médula ósea.

La opoterapia ganglionar ha sido aconsejada por E. Vidal para activar la fagocitosis en todas las infecciones.

Cuvier y Carere han ensayado los productos amigdalianos en la hipertrofia de las amígdalas. Son empleados por la vía bucal, bajo la forma de gotas, a dosis débiles. Los autores presentan 7 observaciones con buenos resultados.

Por último expondremos la opinión de M. Lereboullit acerca del empleo del timo en la terapéutica infantil.

Demuestra que esta opoterapia es una de las formas más utilizables de la opoterapia embrionaria y parece tener, por vía subcutánea o por ingestión, una acción real sobre el crecimiento y sobre todo sobre la evolución del aparato genital.

OBSERVACIONES CLINICAS

OBSERVACION I.

Porfirio A., de 14 años, natural de Extitlán, Jal. con domicilio en la Ave. Jesús Carranza núm. 124, int. 18.

Antecedentes familiares: Padre alcohólico. —Madre con Wassermann positiva.

Antecedentes personales: Ha padecido sarampión, amigdalitis y enteritis.

Exámen general: Compleción robusta. Estrabismo divergente y exoftalmía ligera del ojo derecho. Reflejos foto-motor y moto-motor retardados. Parasitosis intestinal. Exostosis occipital y clavicular del lado izquierdo. Bóveda palatina ojival. Talla: 1.48 Mts. Peso: 40 Kls. Relación P-T: 270.

Reacción B-W: Intensamente positiva.

Precipito reacción de Kahn: Intensamente positiva.

Sistema linfático: Amígdalas crecidas. Infarto de los folículos de la base de la lengua (Signo de Schridde). Micropoliadenitis cervical, carotidea, submaxilar, axilar e inguinal. Bazo aumentado de volumen.

Diagnóstico psiquiátrico: Débil mental de 2o. grado.

OBSERVACION II.

Leopoldo A., de 9 años 9 meses, originario de Michoacán con domicilio en la calle del Organo Núm. 124.

Antecedentes familiares: Datos de alcoholismo y sífilis en el padre.

Antecedentes personales: Sarampión y tos ferina.—Empezó a hablar a los 3 años.

Exámen general: Sujeto muy delgado. —Caries dentaria. Bóveda palatina ojival y dientes en sierra.

Talla: 1.25 Mts. —Peso: 26 Kls. —Relación P-T: 208.

Sistema linfático: Presencia de ganglios carotideos, submaxilares e inguinales grandes, redondos, blandos y deslizables.

Diagnóstico psiquiátrico: Débil mental ávido.—Después de tratamiento médico, psiquiátrico y pedagógico sale de la escuela recuperado.

OBSERVACION III.

Salvador M. B.: 11 años 8 meses de edad, natural de México, D. F. con domicilio en Juventino Rosas Núm. 7.

Antecedentes familiares: El padre padeció ataques epilépticos. —Un hermano del padre es demente.

Antecedentes personales: Trastornos gastrointestinales.

Exámen general: Complejión débil. Halitosis. Caries en la mayoría de las piezas dentarias. —Signos de condensación pulmonar. Talla: 1.34 Mts. —Peso: 27 Kls. —Relación P-T: 201

Sistema linfático: Amígdalas crecidas. Ganglios carotideos pequeños, numerosos, redondos y duros en ambos lados. Submaxilares del lado izquierdo en número de 2 a 3 redondos, grandes, poco duros, deslizables. Inguinales pequeños, redondos, poco duros, poco movibles.

Diagnóstico psiquiátrico: Débil mental superficial.—Reacciones histeroides.—Sale como subnormal.

OBSERVACION IV.

Jesús B. de 10 años, natural de México, D. F., vive en el núm. 290 Int. 2 de la Avenida del Trabajo.

Antecedentes familiares: La madre sufrió ataques de histerismo

Antecedentes personales: Sarampión, enteritis y catarros frecuentes.

Exámen general: Voz nasal. —Mirada vaga e inexpresiva. Ausencia de algunas piezas dentarias y caries de otras.

Talla: 1.28 Mts. —Peso: 25.800 Kls. —Relación P-T: 201.

Reacción B-W: Negativa.

Precipito-reacción de Kahn: Negativa

Sistema linfático: Amígdalas crecidas. —Ganglios carotideos axilares e inguinales infartados, grandes, redondos y fijos.

Diagnóstico psiquiátrico: Débil mental superficial. Sale normal intelectualmente.

OBSERVACION V.

Agustín C. de 6 años de edad, nacido en México, D. F. y vive en la calle de la Constancia núm. 123, int. 12.

Antecedentes familiares: Paternos: Datos de sífilis y de una afección del aparato respiratorio. Madre epiléptica. Un hermano de la madre es epiléptico también y otro murió tuberculoso.

Antecedentes personales: Viruela y sarampión.

Exámen general: Ausencia de algunas piezas dentarias y caries de otras. Hipotonía de los miembros superiores. Reflejos tendinosos disminuídos. Sensibilidad al contacto exaltada.

Talla: 1.11 Mts. —Peso: 17.900 Kls. —Relación P-T: 160.

Sistema linfático: Micropoliadenitis cervical y carotídea. Presencia de ganglios pequeños, blandos y móviles en la región inguinal.

Diagnóstico psiquiátrico: Débil mental de primer grado. Sale como subnormal.

OBSERVACION VI.

Gabriel C. de 12 años de edad. Hermano del anterior.

Antecedentes familiares: Conocidos.

Antecedentes personales: Babea por las noches.

Exámen general: Cabeza menor que lo que corresponde a su talla, frente muy pequeña. —Mirada fija.

Talla: 1.38 Mts.—Peso: 34.400 Kls. Relación P-T: 248.

Sistema linfático: Datos sin importancia.

Diagnóstico psiquiátrico: Intelectualmente normal. Constitución epiléptica. —Está en condiciones de abandonar la escuela.

OBSERVACION VII.

Roberto B.: de 11 años. De México, D. F. —Vive en Lic. Portugal No. 8

Antecedentes familiares: Padre alcohólico. Un hermano de éste está internado en el Manicomio General.

Antecedentes personales: Disentería amibiana. —Catarros muy frecuentes.

Exámen general: Pálido y de complexión delgada.

Talla: 1.42 Mts. —Peso: 28.500 Kls. Relación P-T: 200.

Reacción de B-W: Negativa.

Precipito-reacción de Kahn: Negativa.

Sistema linfático: Amígdalas y bazo normales. Ganglios cervicales, axilares, inguinales y supraepitrocleares bilaterales.

Diagnóstico psiquiátrico: Débil mental 2o. grado. —Complejo de inferioridad muy marcado.

OBSERVACION VIII.

Isaac E. de 11 años 4 meses de edad. Nacido en Polonia. Domicilio: Corregidora núm. 59 altos 26.

Antecedentes familiares: No dan datos.

Antecedentes personales: A los 3 años empezó a padecer una hemiplejía del lado derecho, teniendo como causa un traumatismo craneano.

Exámen general: Complexión escasa. Marcha anormal bi-

lateral de tipo espasmódico. Hemiplejía total derecha con hipertonía y exaltación de los reflejos del mismo lado.

Talla: 1.46 Mts. —Peso 34.500 Kls. —Relación P-T: 236.

Reacción B-W: Negativa.

Precipito-reacción de Kahn: Negativa.

Sistema linfático: Ganglios inguinales únicamente.

Diagnóstico psiquiátrico: Estado fronterizo entre la debilidad mental y la imbecilidad.

OBSERVACION IX.

Gerardo E. de 8 años, originario de México, D. F. con domicilio en la calle de Mozart núm. 12.

Antecedentes familiares: Abuelo muerto víctima del alcoholismo. —El padre bebe moderadamente y padece Blenorragia. —Abuelos maternos alcohólicos y la madre bebe pulque también.

Antecedentes personales: Tos ferina. —Neumonía. Frecuentes catarros.

Exámen general: Estatura inferior que a su edad corresponde. Complexión débil. —Pálido. —Ausencia y caries de algunas piezas dentarias. —Ascaridosis intestinal.

Talla: 1.14 Mts. —Peso: 19 Kls. —Relación P-T: 166.

Sistema linfático: Ganglios cervicales, carotideos, axilares e inguinales pequeños, redondos, deslizables, no dolorosos. Bazo crecido. Signo de Schridde.

Diagnóstico psiquiátrico: Imbécil hiperemotivo y ahora débil mental profundo.

OBSERVACION X

Manuel E. de 11 años. —Natural de México, D. F. con domicilio en Mozart 12 Int. 7. —Hermano del anterior.

Antecedentes familiares: Conocidos.

Antecedentes personales: Infecciones intestinales repetidas.

Exámen general: Pálido y enclenque. —Hepatomegalia. Talla: 1.26 Mts. —Peso 27 Kls. —Relación P-T: 222. Reacción B-W: Negativa.

Precipito-reacción de Kahn: Negativa.

Sistema linfático: Amígdalas crecidas. —Bazo grande. —Ganglios carotídeos, axilares e inguinales grandes, redondos y movibles.

Diagnóstico psiquiátrico: Débil mental superficial.

OBSERVACION XI

Luciano F. de 8 años 10 meses, natural de México, D. F. con domicilio en la Avenida Peralvillo No. 120 Int. 5.

Antecedentes familiares: Maternos: padeció ataques en número de 6 a 8 al día.—Paternos: Blenorragia y sífilis tratada, pero no de manera completa.—Bebe en exceso.

Antecedentes personales: Tos ferina y sarampión. —Otitis media.

Exámen general: Individuo raquítico. Boca continuamente abierta. Gesticula y grita sin motivo. Enuresis nocturna. Ectopia testicular bilateral.

Talla: 1.14 Mts. —Peso: 21.200 Kls. —Relación P-T: 186.

Reacción B-W: Positiva:

Precipito-reacción de Kahn: positiva.

Sistema linfático: Amígdalas y bazo ligeramente crecidos. Presencia de glanglios inguinales en corto número, pequeños, redondos y duros.

Diagnóstico psiquiátrico: Imbécil ávido.

OBSERVACION XII

Raymundo F., de 12 años 6 meses, de México, D. F. con domicilio en Mapimí No. 36.

Antecedentes familiares: Alcoholismo crónico en ambos progenitores

Antecedentes personales: Sarampión. Retardo en la dentición y la deambulación.

Exámen general: Compleción escasa. Gastroenteritis repetidas. Quistes de amiba disentéricas. Hepatomegalia. Catarros y tos frecuentes.

Talla: 1.39 Mts. —Peso: 30 Kls. —Relación P-T: 216.

Reacción de Bordet-Wassermann negativa.

Precipito-racción de Kahn negativa.

Sistema linfático: Amígdalas crecidas. Signo de Schridde. Bazo grande. Ganglios medianos y grandes en las regiones carotídea cervicales, submaxilares (sistema dentario íntegro) redondos, poco movibles y no dolorosos. Micropoliadenitis inguinal.

Diagnóstico psiquiátrico: Débil mental. Tendencias homosexuales. Sale como subnormal.

OBSERVACION XIII

Ezequiel G. —13 años de edad, natural de Tequisquiac, Estado de México, con domicilio en la 1a. de San Joaquín No. 8.

Antecedentes familiares. Datos de alcoholismo en el padre. La madre es hija de padre alcohólico. Padeció ataques a los 13 años.

Antecedentes personales: Sarampión, Viruela, tos ferina y Bronquitis de repetición.

Exámen general: Talla: 1.38 Mts. —Peso: 35 Kls. —Relación P-T: 254.

Reacción de Wassermann: resultado dudoso.

Precipito-reacción de Kahn: Negativa.

Sistema linfático: Amígdalas y bazo crecidos. Ganglios carotídeos, submaxilares e inguinales grandes, redondos, movibles, duros e indoloros.

Diagnóstico psiquiátrico: Débil mental profundo. Permanecerá en la escuela.

OBSERVACION XIV

Felipe G. —2 años de edad, natural de México; D. F. con domicilio en la calle del Elote de esta capital.

Antecedente familiares: Paternos: El padre murió de tuberculosis con datos positivos desde 5 años antes de su muerte. Alcoholismo crónico. Maternos: Datos de tuberculosis pulmonar.

Antecedentes personales: Desde los 8 meses padeció crisis convulsivas epileptiformes que le duraron hasta los 5 años. Retardo en la dentición, palabra y deambulación.

Exámen general: Estatura inferior a su edad, complexión muy débil. Pálido. Parásitos intestinales. Enuresis nocturna. Talla: 1.34 Mts. —Peso: 31.600 Kls. —Relación P-T: 253. Reacción de Wassermann negativa.

Precipito-reacción de Kahn negativa.

Sistema linfático: Amígdalas crecidas. (Bazo normal). Ganglios carotídeos, axilares e inguinales grandes, redondos, duros y móviles.

Diagnóstico psiquiátrico: Imbécil. Trastornos sexuales.

OBSERVACION XV

Guadalupe J. G. 8 años, de México, D. F. con domicilio en la esquina de Pintores y Alfarería.

Antecedentes familiares: Maternos: Murió de una hernia estrangulada. Una hermana de la madre padece de una osteoartritis tuberculosa de la articulación coxofemoral. Paternos: acostumbra beber copas y pulque.

Antecedentes personales: Intermitentemente y desde hace 7 años padece otitis media supurada bilateral. Sordo.

Exámen general: Ausencia de algunas piezas dentarias y caries de otras. Presencia de amibas disintéricas.

Talla: 1.19 Mts. —Peso: 24.600 Kls. —Relación P-T: 215.

Reacción B-W: Positiva débil.

Precipito-reacción de Kahn: Medianamente positiva.

Sistema linfático: Hipertrofia de las amígdalas. Infarto ganglionar en las regiones carotídeas y submaxilares. Axilar del lado izquierdo e inguinales más marcados.

Diagnóstico psiquiátrico: Débil mental superficial con ma-

nifestaciones sexuales debidas al ambiente familiar. Sale intelectualmente normal.

OBSERVACION XVI

Rey L. 8 años 2 meses de edad, originario de la capital con domicilio en la calle Goroztiza No. 49.

Antecedentes familiares: El padre murió de tifo y la madre padeció la misma enfermedad. Una hermana padece ataques epileptiformes y es débil mental.

Antecedentes personales: Habla estando dormido.

Exámen general: Estatura en proporción con la edad. Rostro asimétrico. Frecuentes diarreas. Bóveda ojival. Dientes en sierra. Pabellones auriculares francamente desiguales. Ausencia de la cola de las cejas.

Talla: 1.23 Mts. —Peso: 24.600 Kls. —Relación P-T 200.

Reacción de Wassermann positiva.

Precipito-reacción de Kahn positiva.

Sistema linfático: Amígdalas ligeramente crecidas. Ganglios cervicales, carotídeos, axilares e inguinales pequeños, redondos, duros, no dolorosos y fijos excepto los de la región inguinal que se pueden movilizar fácilmente.

Diagnóstico psiquiátrico: Débil mental 2o. grado. Sugestible máximo e hiperemotivo. Sale recuperado.

OBSERVACION XVII

Javier R. de 10 años, natural de Matehuala, S. L. P. con domicilio en González Bocanegra No. 97.

Antecedentes familiares: El padre alcohólico crónico. Maternos: datos de sífilis.

Antecedentes personales: Sarampión y neumonía.

Exámen general: Traqueobronquitis frecuentes.

Talla: 1.36 Mts. —Peso: 33.200 Kls. —Relación P-T: 244.

Sistema linfático: Amígdalas crecidas. Ganglios cervicales, carotídeos, supraclaviculares e inguinales pequeños, redondos, fijos e indoloros.

Diagnóstico psiquiátrico: Débil mental superficial ávido con grandes trastornos del carácter. Sale intelectualmente normal.

OBSERVACION XVIII

Antonio R. 13 años 5 meses, de México, D. F. con domicilio en Juventino Rosas No. 2.

Antecedentes familiares: Heredo alcoholismo y lúes.

Antecedentes personales: Meningitis consecutiva a un traumatismo craneano. Infección intestinal. Retardo en la palabra.

Exámen general: Mirada vaga. Dolor en la zona de Mc. Burney. Catarros muy frecuentes. Taquicardia.

Talla: 1.50 Mts. —Peso: 43.400 Kls. —Relación P-T: 289.

Reacción de Wassermann negativa.

Precipito-reacción de Kahn negativa.

Sistema linfático: Infarto de los folículos de la base de la lengua. Bazo e hígado crecidos. Infarto ganglionar cervical, submaxilar, carotídeo e inguinal con los siguientes caracteres: redondos, pequeños, fijos y no dolorosos.

Diagnóstico psiquiátrico: Imbécil.

OBSERVACION XIX

Miguel R: 9 años de edad, de México, D. F. con domicilio en la calle Juventino Rosas No. 11. Hermano del anterior.

Antecedentes familiares: conocidos.

Antecedentes personales: Retardo en la dentición y deambulación.

Examen general: Talla: 1.31 Mts. Peso: 27.800 Kls. —Relación P-T: 211.

Reacción B-W: Negativa.

Precipito-reacción de Kahn: Negativa.

Sistema linfático: Micropoliadenitis carotídea. Gánglios inguinales numerosos, fijos, indoloros, de diversas dimensiones aunque predominan los grandes.

Diagnóstico psiquiátrico: Débil mental de 2o. grado. Sale recuperado.

OBSERVACION XX

Fernando Hernández de 10 años de edad, natural de México, D. F. Domicilio: Calzada Los Misterios No. 90.

Antecedentes familiares: Padecimientos de la piel en ambos progenitores cuya naturaleza no se pudo precisar.

Antecedentes personales: Otitis media supurada del lado derecho. Sordo.

Exámen general: Apósito en el pié derecho. Dolor a la palpación en las fosas ilíacas. Quistes de amibas disintéricas.

Talla: 1.33 Mts. —Peso: 29 Kls. —Relación P-T: 218.

Reacción de Wassermann negativa.

Precipito-reacción de Kahn dudosa.

Sistema linfático: Amígdalas y bazo crecidos. Presencia de ganglios redondos, medianos, poco deslizables, no dolorosos en las regiones cervical, carotídeas e inguinales. Ganglios supraepitrocleares bilaterales.

Diagnóstico psiquiátrico: Débil mental superficial con gran complejo de inferioridad.

OBSERVACION XXI

Roberto S. de 7 años, natural de Maravatío, Michoacán.

Antecedentes familiares: Padre con ataques epilépticos. La madre tuvo 3 hermanos y todos fueron epilépticos. Padece de reumatismo deformante.

Antecedentes personales: Catarros y diarreas frecuentes.

Exámen general: Inquietud constante. Ascarides lumbricoides. Síndrome de condensación pulmonar en ambos vértices. Epífisis aumentadas de volumen y deformes.

Talla: 1.17 Mts. —Peso: 22.200 Kls. —Relación P-T: 189.

Reacción B-W: Negativa.

Precipito-reacción de Kahn: Negativa.

Sistema linfático: Amígdalas y bazo crecidos. Micropoliadenitis inguinal. Infarto de los ganglios en las regiones cervicales y axilares. Ganglios epitrocleares palpables.

Diagnóstico psiquiátrico: Débil mental superficial. Sigue en la escuela con 3 años de retardo mental.

OBSERVACION XXII

Ana A. de 11 años de edad, natural de México, D. F. con domicilio en la prolongación de Guerrero, lote No. 18.

Antecedentes familiares: Padre con datos de alcoholismo crónico.

Antecedentes personales: Sarampión, tos ferina, Retardo en la dentición y la deambulación.

Exámen general: De complexión débil. Estrabismo divergente del ojo izquierdo.

Talla: 1.38 Mts. —Peso: 31.800 Kls. —Relación P-T: 230.
Reacción B-W: negativa.

Precipito-reacción de Kahn: negativa.

Sistema linfático: Amígdalas crecidas. Ganglios cervicales e inguinales pocos, redondos, grandes y movibles.

Diagnóstico psiquiátrico: Imbécil 1er. grado.

OBSERVACION XXIII

Juana B. de 10 años de edad, de México, D. F. con domicilio en Allende No. 86.

Antecedentes familiares: Datos de sífilis paterna.

Antecedentes personales: Catarros y otitis media supurada.

Exámen general: Estatura inferior que lo que corresponde a su edad. Resalta notablemente la palidez de su rostro y tegumentos. Ausencia de varias piezas dentarias. Hígado crecido y doloroso. Parasitosis intestinal. Anemia. Exostosis en ambas clavículas. Bóveda palatina ojival.

Reacción de Wassermann positiva

Precipito-reacción de Kahn dudosa.

Sistema linfático: Bazo y amígdalas crecidas. Signo de Schridde. Presencia de ganglios cervicales, carotídeos e inguinales poco numerosos, redondos, fijos y no dolorosos.

Diagnóstico psiquiátrico: Débil mental 2o. grado. Sale como subnormal.

OBSERVACION XXIV

Esther B. de 8 años de edad, natural de México, D. F. con domicilio en la calle de Rivero No. 100 Int. 73.

Antecedentes familiares: Datos de tuberculosis y alcoholismo en el padre. Un tío paterno es demente.

Antecedentes personales: Sarampión. Gastroenteritis repetidas. Eczema húmedo. Habla dormida.

Exámen general: Pálida y enclenque. Parásitos intestinales. Sudores y astenia. Anemia.

Talla: 0.85 Mts. —Peso: 16 Kls. —Relación P-T: 188.

Sistema linfático: Adenoides (operada). Bazo crecido. Ganglios cervicales y carotídeos del lado derecho de tamaño mediano, redondos y deslizables. Axilares e inguinales pequeños, redondos y fijos.

Diagnóstico psiquiátrico: Subnormal. Sale intelectualmente normal.

OBSERVACION XXV

María Luisa E. de 10 años de edad, nacida en México, D. F. con domicilio en Mozart No. 12.

Antecedentes familiares: Datos positivos de sífilis y de probable tuberculosis. Alcoholismo crónico.

Antecedentes personales: Sarampión, catarros frecuentes.

Exámen general: Labio leporino. Faltan algunas piezas dentarias y están cariadas otras. Quistes de amiba dientérica. Exostosis en las tibias y clavículas. Anisodoncia y microdoncia. Nariz en catalejo.

Talla: 1.29 Mts. —Peso: 30.300 Kls. —Relación P-T: 235.

Reacción de Wassermann positiva.

Precipito-reacción de Kahn positiva.

Sistema linfático: Signo de Schridde. Amígdalas crecidas. Bazo grande y doloroso. Presencia de ganglios cervicales y

carotídeos en corto número, grandes, blandos, ligeramente móviles y poco dolorosos.

Diagnóstico psiquiátrico: Débil mental 2o. grado ahora subnormal.

OBSERVACION XXVI

Paz T.—2 años 4 meses de edad, nacida en El Oro, Estado de México, con domicilio en Constanca No. 60.

Antecedentes familiares: Alcoholismo crónico en ambos progenitores.

Antecedentes personales: Bronquitis y enteritis frecuentes.

Exámen general: Desnutrida. Estrabismo convergente y exoftalmía en ambos ojos. Parásitos intestinales. Taquicardia.

Talla: 1.43 Mts. —Peso: 29.400 Kls. —Relación P-T: 206.

Reacción B-W: Resultado dudoso.

Precipito-reacción de Kahn: Débilmente positiva.

Sistema linfático: Amígdalas muy poco crecidas. Bazo grande y doloroso. Ganglios cervicales, carotídeos e inguinales grandes, poco duros y fijos.

Diagnóstico psiquiátrico: Era débil mental de 2o. grado y se queda como de 1er. grado.

OBSERVACION XXVII

Emmy S. de 9 años de edad, natural de México, D. F. con domicilio en la Colonia Vallejo No. 500.

Antecedentes familiares: Rama materna: Un hermano epiléptico. Otro con ataques histéricos. La madre da datos de sífilis. El padre murió de viruela pero se estaba trantando de sífilis. Un hermano de ella entró a la Escuela como subnormal y salió normal.

Antecedentes personales: Adenitis cervical que supuró. Sarampión. Viruela. Tos ferina. Amigdalitis, bronquitis y catarros frecuentes.

Exámen general: Estatura un poco inferior que a su edad corresponde. Muy pálida. Caries. Huevecillos de tricocéfalos. Dolor en la zona de Stephan Chauve. Respiración ruda.

Sistema linfático: Amígdalas y bazo crecidos. Presencia de ganglios carotídeos, inguinales, axilares grandes, ovalados y dolorosos. Gánglios supraepitrocleares bilaterales.

Diagnóstico psiquiátrico: Entró a la Escuela como subnormal y sale intelectualmente normal.

OBSERVACIONES GENERALES

Por lo que al estado tímico-linfático se refiere, César Cattaneo presentó en el Congreso de Pediatría de Estocolmo en el año de 1930 las siguientes cifras: entre los diferentes síntomas, el signo de Schridde se encuentra 518 en 4,760 examinados de el nacimiento a la edad de 9 años o sea en un 2 por 100 de los casos. En los niños de poca edad, los folículos siendo poco aparentes, hay necesidad de recurrir al exámen laringoscópico: 20 lactantes entre 59 han presentado este signo de Schridde. Dicho signo se encuentra en 52.97 por 100 en las niñas y 40.1 por 100 en los varones. La hipertrofia de las amígdalas se encuentra en 297 sobre 4,710 o sea en un 5.45 por 100 de los casos, pero en los 518 sujetos que presentaban claramente el signo de Schridde, el porcentaje de amígdalas hipertrofiadas remontó a 49.6 por 100.

Hasta la edad de un año, no es raro comprobar el bazo un poco grande, sobre todo si existen signos de raquitismo; pero este síntoma no tiene valor sino cuando se pueden eliminar la sífilis, la tuberculosis y los desórdenes gastrointestinales repetidos.

No se puede dar valor a la delimitación de la zona de matitez determinada por la presencia del timo. En 16 niños que presentaban un signo de Schridde indiscutible, no se encontró más que un caso de aumento de la sombra radiológica del timo y clínicamente no demostrable.

La intradermorreacción con preparaciones hormonícas, en los 16 casos precitados, ha mostrado, exepcto en 2, un hipofuncionamiento linfático.

Entre los 518 que presentaban un signo de Schridde evidente, 105 o sea 20.2 por 100, reaccionaron a la tuberculina; además 153 o sea 29.2 por 100 habían sido alimentados artificialmente después del nacimiento o después del primero o segundo mes, los demás habían sido alimentados defectuosamente.

En 2 niños que presentaron una hormorreacción al timo y que por lo tanto estaban en hipofuncionamiento, la reacción a la suprarrenal fué positiva. Ninguno reaccionó al tiroides.

De las observaciones practicadas en 70 niños de la Escuela de Recuperación mental de la ciudad de México sacamos los siguientes datos: el signo de Schridde se encontró 6 veces en 40 casos o sea en un 15 por 100. La hipertrofia de las amígdalas 35 veces o sea 62 por 100 y el crecimiento del bazo en un 47 por 100. El timo no lo pudimos comprobar clínicamente en ningún caso. La hormorreacción no la practicamos por no haber podido encontrar preparaciones de ganglios y de timo apropiadas para la intradermorreacción.

Por lo que se refiere a la etiología general de las perturbaciones mentales sacamos en resumen los siguientes datos; teniendo en cuenta que en muy contados casos podía invocarse un solo factor etiológico, pues lo más frecuente es la asociación de dos o más y por eso hubo que hacer la siguiente división:

Asecendientes alcohólicos	23 %
Herencia neuropática y psicopática	22 "
Alcoholismo-tuberculosis	15 "
Alcoholismo-sífilis	13 "
Heredo-sífilis	12 "
Múltiples factores	7 "
Sífilis-tuberculosis	5 "
Heredo-tuberculosis	2 "
Traumatismos	1 "

de donde se ve el orden de frecuencia de cada factor sobresa- liendo por su importancia como causantes de trastornos mentales y linfáticos el alcoholismo, la herencia neuropática y psicopática y la asociación del alcoholismo con la tuberculosis y la sífilis.

CONCLUSIONES

1.—No debe mencionarse el estado que venimos estudiando con el nombre de estado tímico-linfático ya que por la estadística presentada por autores extranjeros así como por la nuestra, vemos que el timo no entra en la constitución de dicho estado. Después de hacer referencia a la complejidad de los hechos expuestos acerca del estado tímico-linfático, hay necesidad de aclarar, que las alteraciones tímicas no están necesariamente asociadas a las alteraciones linfáticas; de donde se desprende que es mejor denominarle: Linfatismo disendocríneo.

2.—A pesar de las relaciones anatómicas y fisiológicas tan estrechas del sistema linfático general y el timo no hay coexistencia de manifestaciones en el síndrome que estudiamos.

3.—Examinando la etiología de las perturbaciones mentales en la infancia y la del estado tantas veces mencionado, sorprende el paralelismo que guardan, haciendo pensar que tanto una como la otra pueden ser el factor determinante de las manifestaciones mentales o linfáticas.

Como corolario diremos que la causa del trastorno mental puede serlo también del linfatismo y viceversa.

4.—No encontramos relación alguna entre la intensidad del trastorno mental y la extensión de las manifestaciones del estado de Paltauf, cuando en la etiología sólo se encuentra la herencia neuropática o psicopática determinante de la perturbación mental. A veces a una alteración mental acentuada va

asociado un cuadro linfático ligero (Observaciones Nos. VII y XI), o por el contrario, una agensia psíquica poco marcada se acompaña de manifestaciones de los órganos linfoides intensas y de gran extensión (Observaciones Nos. III, IV, X y XII).

5.—En cambio, parece haber proporción entre ambas manifestaciones cuando la etiología se expresa por un factor tóxico (alcoholismo) o infeccioso (sífilis y tuberculosis), como en las observaciones Nos. I, IX, XXIII, XXV y XXVI.

6.—De todas las conclusiones anteriores deducimos que entre las alteraciones del linfatismo y las perturbaciones mentales de la infancia no hay relación definitiva de causa a efecto sino que ambas son manifestaciones resultantes de la acción de uno o varios factores en la esfera psíquica por un lado y en el sistema linfático por el otro.

7.—Las relaciones que se han señalado entre el linfatismo (crecimiento amigdalino, etc) y la situación mental del individuo obedecen mejor a repercusiones mediatas, en las que por ejemplo, la insuficiencia respiratoria, la menor resistencia a las infecciones que actuarán sobre el sistema nervioso lesionándolo, etc.; justifican las mejorías obtenidas desde el punto de vista mental al hacerse tratamiento del estado linfático.

8.—Debe hacerse sistemáticamente el estudio del estado tímico-linfático en los niños anormales mentales para incluirlo en el cuadro general nosográfico y tenerlo presente en el momento terapéutico.

BIBLIOGRAFIA

- MARAÑON G.—Endocrinología.—Madrid, 1930.
- POLICARD A.—Précis d'Histologie Physiologique.
- LIBERT.—Manual de Patología General.
- FALTA WILHELM.—Tratado de las enfermedades de las glándulas de Secreción interna.
- REGIS E.—Précis de Psychiatrie.
- CESARE CATTANEO.—Le Role Physiologique et Pathologique Du Systeme Thymo-Lymphatique.—La Presse Medicale No. 78.—27 de Septiembre de 1930.
- ENRIQUEZ Ed., A LAFFITTE, etc.—Tratado de Patología Interna. Tomo II (Segunda parte).
- SEGURA REYES RUBEN.—Etiología de la Deficiencia Mental en los Niños de Edad Escolar.—Tesis recepcional, Univ. Nal.—Méx. 1932.
- MOLINA REYES AGUSTIN.—Contribución al Estudio en México de los Niños Mentalmente Anormales.—Tesis recepcional, Univ. Nal. Méx. 1922.
- ARNAUD FRANCOIS.—Thérapeutique Pharmacologie et Matière Médicale.