

LA NEUROLOGÍA EN 1929

Por los doctores L. Babonneix, Médico del Hospital San Luis, de París, y Gabriela Lévy, Médico adjunto del Hospicio Pablo Brousse

No pretendemos pasar revista aquí a todos los asuntos interesantes; que han sido discutidos por los neurólogos durante el año que acaba de transcurrir.

Nuestro objeto es tan sólo exponer algunos hechos **que**, de un modo más especial, han llamado la atención de los observadores de todos los países, y de aquí que nos **ocupemos** sucesivamente de:

La malaria terapia en la parálisis-general;

El espasmo de torsión y el tortícolis espasmódico; La cirugía del simpático;

Y, finalmente, los *trastornos psíquicos relacionados con la heredosifilis*, asunto sobre el cual uno de nosotros ha **publicado** un trabajo.

I.— LA MALARIA TERAPEUTA EN LA PARÁLISIS GENERAL.

Sabido es que los trabajos publicados durante estos últimos años, y en especial los de Wagner Jauregg, han demostrado la eficacia de la malariaterapia en algunos casos de parálisis general.

Analícemos, pues, este tratamiento, es decir, estudiemos cuáles son sus indicaciones, sus con-

traindicaciones y los resultados que de él podemos esperar.

Pero, ante todo, expongamos la manera de ejecutarlo en la práctica.

Después de las numerosas publicaciones de Claude, Crouzon, Souques, Sicard y Fribourg-Blanc, que han **introducido** este método en Francia, la técnica que debe seguirse ha sido precisada, pudiendo resumirla en los siguientes términos, se práctica una inoculación de fiebre terciaria, por ser la tropical demasiado virulenta, y la cuartana, difícil de obtener.

El donante es un palúdico indudable, en período de accesos, sin que sea indispensable la demostración de los parásitos durante los accesos.

La inoculación puede practicarse debajo de la piel de la espalda o en las venas. la primera técnica reclama 5 ce. de sangre y produce un paludismo de incubación larga (15 días), de comienzo progresivo. Constituye el método de elección en los individuos debilitados.

La segunda no **reclama** más que 1 a 2 ce. de sangre, da un paludismo de incubación corta (4 a 6 días) y está indicado en

los individuos jóvenes y robustos.

Los accesos típicos van a veces precedidos de una febrícula continua P, Chevallier, conviértese casi siempre en cotidianos irregulares sin horario fijo. Pueden ir acompañados de accidentes, de los cuales, uno, la hipertermia excesiva, puede ser moderada con la quinina; y el otro, el colapso cardíaco, con las medicaciones clásicas.

Después de unos diez accesos, hay que cortar el paludismo administrando un gramo de quinina (clorhidrato o sulfato por la boca) al día, durante tres o cuatro días; después 50 cgr. durante tres días. Una vez dominado el paludismo se procede sin pérdida de tiempo a practicar una cura específica de 914, seis grs. en ocho semanas.

Por lo que se refiere a las reimpaludizaciones, pueden ser precoces o tardías. Las precoces permiten malarizar de un modo suficiente los individuos cuyo estado general sea precario, que no toleran más allá de cinco a seis accesos (Wagner Jauregg.)

Las tardías se emplearán cuando las primeras hayan fracasado.

Wagner Jauregg malariza los parálisis generales que después de diez a doce meses no han obtenido beneficio alguno con la primera inoculación, y aquellos otros cuya enfermedad, tras una sedación pasajera, se agrava de nuevo.

La indicación de este tratamiento es exclusivamente la parálisis general, antes del período de lesiones constituidas e irremediables, es decir, desde el punto de vista clínico, antes que haya aparecido la demencia, el delirio o la caquexia.

Las contraindicaciones, además de la evolución demasiado adelantada de la enfermedad, son; la edad demasiado adelantada del enfermo o algunas afecciones concomitantes, en especial la tuberculosis pulmonar, las afecciones agudas o crónicas del hígado, las enfermedades del riñón y las cardiopatías mal compensadas (Fribourg-Blanc)

Los resultados obtenidos, según se desprende de las estadísticas de Chevallier y J. Meyer, son; 33 por 100 de fracasos; otro tanto de éxitos parciales, y el mismo número, de éxitos nota-

bles. Entre estos últimos, los autores han observado una mejoría duradera, mejoría que en algunos enfermos viene persistiendo desde cinco a diez años. (1.)

Fribourg Blanc hace mención de un caso en que fue tan acentuada la mejoría, que el enfermo pudo volver a desempeñar su profesión. Son tanto más acentuadas cuando más pronto ha sido comenzado el tratamiento, y se trata de formas hipomaniacas.

En definitiva, la influencia terapéutica de la malariaterapia sobre la parálisis general se manifiesta de un modo tan brillante, que su acción no puede ser comparada a ningún otro de los tratamientos conocidos (J. Lhermitte.)

La malariaterapia de la parálisis general pone sobre el tapete

una cuestión muy importante desde el punto de vista práctico: la restitución de sus derechos civiles a un paralítico general aparentemente curada

¿En qué indicios podemos fundarnos para ello?

Pajoga (2), en un estudio muy interesante sobre ello, dice que debemos tener en cuenta dos hechos muy importantes:

En primer lugar, la reaparición de la facultad de trabajo:

(1) P. CHEVALLIER: *La Pratique Médicale Française*, septiembre de 1929.

(2) POJOGA: El tratamiento de la parálisis general con la malariaterapia y el problema del peritaje (*Annales Médico-Psychologiques*, noviembre de 1929.)

después de la malariaterapia, puede presentarse en un período de seis meses después del tratamiento.

Pero hay que saber también, por otra parte, que algunos de los índices somáticos de la afección (pupilas, trastornos de los reflejos cutáneos) pueden persistir a pesar de la reconstitución completa de la facultad de trabajo, y que lo propio cabe **decir** de las reacciones humorales, por lo menos durante un cierto tiempo después del tratamiento. La curación no es más **que** clínica.

La importancia de la reacción del suero sanguíneo y del líquido cefalorraquídeo ha sido diferentemente apreciada según los autores.

El propio Wagner Jauregg considera que en algunos casos después de la malariaterapia, la reacción del líquido cefalorraquídeo es cada vez más débilmente positiva, acabando por ser completamente negativa, aun sin haber empleado ningún tratamiento específico, por la sola acción tardía y misteriosa de la malariate-

rapia. Estos casos constituirán, pues, verdaderas curaciones, **sin** amenaza de recidivas, en tanto que en los demás casos, el líquido cefalorraquídeo no evolucionará hacia la mejoría gradual, y las recidivas serán **posibles**.

Así, pues, en el estado **actual** de nuestros conocimientos, y ateniéndonos a los datos de **Pajoga**, el examen del líquido cefalorraquídeo después de malariaterapia, en un parálisis genera, **no** puede servirnos de base para apreciar la curación en un **caso** determinado durante los primeros meses, **a** veces durante **seis** meses o también durante el año siguiente al tratamiento.

Este autor deduce que **cuando** sean llamados los peritos para dictaminar sobre la aptitud de un enfermo de esta categoría para ser reintegrado en la posesión de sus derechos, no deben aquellos dictaminar antes de haber transcurrido seis meses después de la malariaterapia.

Admite, por otra parte, que la exageración de los reflejos, la desigualdad pupilar, etc., así co-

mo también la positividad de la reacción humoral en los dos años subsiguientes a la malariaterapia, no prueban que la enfermedad evoluciona ni que habrá incapacidad durante el transcurso de algunos años siguientes. La disartria y el temblor tienen un significado menos favorable.

Del conjunto de las investigaciones practicadas a propósito de la malaria terapia en la parálisis general y de los resultados obtenidos por diferentes observadores, parece desprenderse que este método constituye un progreso evidente y que desde hoy puede hablarse de verdaderas mejorías duraderas, por no decir de curaciones definitivas. II. EL ESPASMO DE TORSIÓN El espasmo de torsión o, en términos más generales, las dis-

tonias de actitud, se manifiestan por dos órdenes de trastornos:

Actitudes anormales del cuerpo, caracterizadas sobre todo por plicátil ras y contorsiones.

Movimientos involuntarios, de caracteres variables, pero que casi siempre revisten el aspecto de la coreoatetosis, y que, al igual que las actitudes anormales de que van acompañados, revisten el carácter involuntario e inconstante de los espasmos.

El espasmo de torsión, o por lo menos una de las formas del espasmo de torsión, fue descrito por primera vez por Schwalbe y Ziehen, en 1908 y 1910, y después por Oppenheim, en 1911. Tratábase en estos casos de una disbasia lordósica, observada por estos autores en algunos individuos de raza judía.

Desde **entonces**, los hechos nuevos revelados por la encefalitis epidémica, en el campo de los movimientos involuntarios y en el de los trastornos del tono, han permitido ver bajo otro prisma lo que era considerado antes como una forma nosológica bien determinada.

Uno de nosotros tuvo ya ocasión, en 1922 (3), de observar un caso de espasmo de torsión, diferente, desde algunos puntos, de lo que indicaban las primeras descripciones, pero muy análogo, por otros, y pudo llegar a deducir que un proceso de encefalitis podía producir trastornos análogos a los atribuidos hasta entonces a una distrofia congénita o familiar.

Desde aquella fecha, numerosos trabajos han venido a confirmar esta observación, pareciendo bien demostrado hoy que si el espasmo de torsión, tal cual ha sido descrito primitivamente, es quizás manifestación de una afección especial, en este cuadro estrecho no pueden incluirse todos los hechos idénticos o análogos

que infecciones tales como la encefalitis **epidémica** pueden hacer surgir, lo suficientemente numerosos por haber sido en la actualidad objeto de varios trabajos de conjunto y hasta el motivo de una comunicación a un reciente Congreso de Neurología (4).

De los diferentes trabajos publicados sobre este asunto, y en especial de los hechos clasificados por M. **Wimmer**, se deduce que el estado actual del asunto

(3) PIERRE MABIE Y GABRIELLE LEVY: Plicatura del cuello y del tronco por encefalitis epidémica, parecida al espasmo de torsión (*Société de Neurologie*, sesión del 4 de mayo de 1922, en *Revue Neurologique*, 1922, págs. 570-583.)

(4) AUGUSTE WIMMER: El espasmo de torsión (Comunicación a la *Reunión Neurologique Internationale*, junio de 1929, en *Revue Neurologique*, 1929, t. I, página 904),

puede resumirse del modo siguiente.

Conforme decíamos antes, el carácter esencial del espasmo de torsión es una distonia de actitud, es decir, una alternancia más o menos continua de **estados hiper** o **hipertónicos** de algunos grupos musculares, que se presentan brusca o lentamente y que produce un cambio continuo de actitudes completamente anormales, o de movimientos involuntarios, del tipo de la coreoate-tosis, y que pueden ser estereotipados. En los grados extremos, el enfermo presenta un aspecto de torsión o de plicatura **completamente** característico.

Durante el sueño, y a veces también en el **simple** decúbito, el aspecto del enfermo es de nuevo normal.

Todos los observadores que se han ocupado de este asunto han podido observar la semejanza de estas actitudes espasmódicas con algunos aspectos de la **rigidez**

descerebrada. y también con el de algunas **afecciones** caracterizadas por movimientos coreoa-**tetósieos**, como, por ejemplo, la enfermedad de **Wilson** y la seudoesclerosis de Strumpell. la atetosis doble y hasta, desde algunos puntos de vista, con la corea de Huntington.

Incluso se ha podido relacionar con algunos estados parkinsionianos, por lo menos en lo referente a los estados **parkinsionia-**nos de la encefalitis, en el curso de la cual pueden verse evolucionar sucesivamente ambos fenómenos en el mismo enfermo, **como** manifestación tardía de la enfermedad.

Por consiguiente, clínicamente, el espasmo de torsión puede presentarse en condiciones muy variables, no siendo ya posible considerarlo como una **enfermedad** bien determinada **nosológicamente**. En realidad, debe **ser** clasificarlo entre las manifestaciones **excitomotrice** variadas, que su-

ponemos traducen una invasión - del **sistema** motor **extrapiramidal**.

¿Quiere ello decir que este riggen esté bien **demostrado** y que sea hoy **posible atribuirle un substrátum anatomopatológico** bien definido? No.

Cual en la mayor parte de los casos en **que** se han podido **comprobar** lesiones que respondían a manifestaciones clínicas **extrapiramidales**, en las observaciones de espasmo de torción comprobadas anatómicamente se han encontrado lesiones difusas, interesando a veces la corteza como la región de los núcleos grises.

Significa que no sabemos aún lo suficiente sobre este **punto especial** de la patología del tono, patología muy obscura aún en su conjunto y que suscita más problemas de los que permite resolver.

El tortícolis espasmódico. Una manifestación parecida y tan misteriosa como el espasmo de torción, es el tortícolis espasmódico.

La definición de este trastorno, que dio M. Barré en el reciente

Congreso de Neurología (5), es la siguiente: "trátase de reacciones convulsivas, de carácter intermitente, casi nunca dolorosas, con asiento unilateral que invade desde el principio la región de la nuca y del cuello."

El comienzo de la afección es casi siempre insidioso, pero cuando la enfermedad ha llegado a su pleno desarrollo, se manifiesta esencialmente por un espasmo tónico clónico, que hace dirigir la cabeza hacia un lado, movimiento casi siempre doloroso.

El enfermo acostumbra adoptar un "*gesto antagónico*" para inhibir este espasmo molesto. Uno, contiene la crisis apoyando un dedo contra la barbilla; otro, se vale de un bastón; otro, caso citado por Barré, rodea la cabeza con el brazo doblado y sujeta la oreja con el dedo medio para inmovilizar un instante el movimiento continuo de la cabeza.

Los individuos no acostumbran

(5) J. BARRE: El tortícolis espasmódico; *Reunión Neurologique de París*, junio de 1929).

presentar ningún otro signo objetivo de lesiones del sistema nervioso; no obstante, obsérvase a menudo en ellos un estado de nervosismo especial, que no es fácil saber si ha precedido al tortícolis o si el tortícolis, al presentarse en un individuo ya **muy** excitable, lo ha transformado en un enfermo fóbico o **mental**.

Lo que es indudable es que este trastorno es conciente e involuntario.

La voluntad es incapaz de parar el espasmo una vez que se ha presentado. Todo lo más, los enfermos consiguen, **por** la influencia de la voluntad, retardar la aparición del espasmo, retardo compensado muchas veces con una mayor intensidad **del** espasmo de torción siguiente.

Es interesante hacer observar que este tortícolis espasmódico puede presentarse en algunos individuos conjuntamente con el calambre de los escribientes o

con discinesias de uno de los miembros superiores (Babonneix y **Sigwald**). Por lo demás, esta coincidencia, más bien rara, no es el único lazo entre ambos fenómenos; y los caracteres del espasmo independiente de la voluntad, presentándose en un terrero primitivo o secundariamente neuropata, así como también un cierto parentesco entre el aspecto clínico de los dos fenómenos, habían ya sido **estudiados** por Trousseau en 1862.

Cabe la sospecha que estas analogías no son debidas a causas orgánicas parecidas sino idénticas.

A decir verdad, ignoramos aún hoy el origen anatomofisiológico de este espasmo aislado del cuello, como también del calambre de los escribientes. Lo que; es indudable es que se trata de un conjunto de fenómenos parecidos clínicamente, cuya organicidad por no decir lazos recíprocos y

idealizaciones anatómicas, ha sido posible afirmar.

Uno de nosotros ha llamado la atención sobre las analogías existentes entre algunas bradicinesias encefálicas y el tortícolis **espasmódico** y la aparición de fenómenos completamente análogos al calambre de los escribientes en enfermos afectados de encefalitis (6).

Estas analogías han sido comprobadas desde entonces por muchos autores. Sabemos también que en la misma afección puede también ver-se coincidir fenómenos de torción espasmódica del **cuello y crisis óculogiras** (7).

Tampoco conocemos el **substrátum** anatómico de estos hechos clínicos, por cierto muy complejos. Pero no deja de ser interesante comprobante estos hechos **cuya** organicidad se **discutía** aún hace poco tiempo, parecen hoy sin duda alguna, pueden *ser incluidos* en la categoría de **las ma-**

nifestaciones orgánicas, por obscura que sea, hasta nueva orden, su explicación anatofisiológica.

III.—LA CIRUGÍA DEL SIMPÁTICO

Los doctores R. Leriche y R. Fontaine expusieron en el último Congreso Necrológico internacional la cirugía del simpático.

Estos autores han tenido el **mérito** de exponer sus líneas peñerales y hacer resaltar los puntos importantes con suma **claridad**, a pesar de la complejidad de este asunto, aún muy **poco**

(6) GABRIELLE LEVY: **Las manifestaciones tardías de la encefalitis epidémica** (*Thèse*, París, 1929).

(7) JEAN LHEKMITTE y señora GABRIELLE LEVY: Anotaciones **clásica** sobre el tortícolis espasmódico. **El tortícolis** cerebral (*Revue Neurologique*, junio de 1929, pag. 1025).

conocido. Insisten, ante todo, en algunas nociones anatómicas, fisiológicas y patológicas, que sirven, por decirlo así, de introducción a la parte propiamente quirúrgica de su trabajo. Desde el punto de vista anatómico, ponen de relieve la ubicuidad de las células simpáticas. Estas no están agrupadas en los **ganglios**, pues las encontramos también en los cordones intermedios, en los ramos comunicantes, en los ramos periféricos y también, inútil es decirlo, en las células de los plexos murales.

Otro hecho anatómico importante, dicen, es que, según los individuos, varían mucho las relaciones entre las fibras del simpático y las del vago.

Por lo que se refiere a la fisiología del simpático, no admiten esquema clásico de la vasomotricidad, que creen estar en contradicción con los resultados de la experimentación quirúrgica.

Según ellos, la cirugía no revela la existencia de vasodilatadores, cuya supresión permitiría el predominio de acciones vasocons-

trictoras, ni tampoco consigue producir **fe nómicos** vasoparalíticos. Creen que el papel sensitivo del simpático es, en cambio, cada vez más considerable, tanto si se trata de vasosensibilidad, de sensibilidad visceral, como de anestesia profunda.

Admiten, por último, que el simpático tiene relaciones indudables con el tono muscular, por más que la experiencia no ha podido determinarlas hasta hoy con **precisión**.

También de la patología deducen **algunas** enseñanzas, insistiendo de un modo especial en los puntos siguientes:

Todo traumatismo periférico o visceral, de cualquier tipo que sea, es siempre un traumatismo de la vasomotricidad que se manifiesta normalmente por una vasodilatación activa, cuya duración oscila entre algunas horas y algunos días. Según la intensidad, según el asiento, según los individuos, en ciertas y determinadas circunstancias, esta vasodilatación aparece, y paulatina

mente a ella se añaden trastornos de la circulación capilar.

Estas modificaciones circulatorias **transforman** rápidamente un estado puramente funcional **al principio, en una** enfermedad orgánica definitivamente **incurable**. Tai ocurriría, por ejemplo, en **los** trastornos fisiopatológicos **descriptos** por Babinski y Froment.

Por otra parte, toda neuromatosis traumática en un nervio cualquiera puede producir a distancia una serie de fenómenos patológicos no sistematizados, muchas veces a gran distancia, pudiendo los mismos hechos observarse a propósito de los elementos simpáticos. Acerca de ello, los autores insisten en el carácter de difusión progresiva de las enfermedades simpáticas y en especial en su repercusión psíquica.

Partiendo del conjunto de es-

tos datos, estos autores llegan a considerar la cirugía del simpático como un método de terapéutica general que puede **tener** **di** e objetivos esenciales: la supresión de reflejos simpáticos anormales y la producción de una autonomía de los centros lisomotores periféricos.

Desde el punto de vista de la técnica **quirúrgica**, los autores describen los cuatro tipos posibles de intervención simpática; la ramisección, las extirpaciones ganglionares, las **simpatectomias** periarteriales y la **neurolisis** intratroncular. Según ellos, los dos procedimientos corrientes de la cirugía simpática deben ser la **ramisección** y la simpatectomía periarterial.

Los resultados de la cirugía son estudiados por estos autores desde el punto de vista de latera-

péutica de los dolores, de los trastornos vasomotores, de los trastornos tróficos y de las perturbaciones del tono.

Por lo que se refiere a la cirugía del dolor, cabe estudiar tres métodos diferentes: la sección del nervio sensitivo o de **su raíz**, la cordotomía, y las operaciones simpáticas.

Las neurotomías sensitivas periféricas o la **radicotomía** posterior considerantes aplicables a todas las algias de topografía fija e inmutable, correspondiente a un territorio troncular o radicular. Crean que la cordotomía debe ser reservada exclusivamente a los cancerosos, en los que no procede practicar ninguna otra operación antálgica.

En cuanto a la **cirugía** simpática, es aplicable a todos los dolores **viscerales** y a todas las algias de los miembros, sin topografía fija y sin sistematización clásica.

La cirugía de la **vasomotricidad** está indicada, no solamente en las enfermedades vasomotoras **puras**, tales como la crisis **vasoconstrictoras**, del **tipo Raynaud**, o del tipo de la acroecianosis, trastornos a los que debe sumarse la esclerodermia y la dermatitis atrofiante de Pick Herxheimer,

sino también a los trastornos vasomotores asociados a enfermedades orgánicas de los vasos, tales como **el síndrome de Volkman**, las arteritis seniles y también los trastornos **vasomotores** postraumáticos.

En cuanto a la **cirugía del tono**, está indicada, según estos autores, en las contracturas **reflejas** postraumáticas, como también en las contracturas extrapiramidales. La cirugía del trofismo se aplica a las **ulceraciones**, sean o no de origen **nervioso**.

A **propósito de las ulceraciones** de origen nervioso, debemos recordar que los autores proscriben el empleo de la simpatectomía **periarterial de las ulceraciones** sintomáticas de la tabes, de la **síringomielia**, de las mielitis, de la espina bifida. En estos casos consideran la intervención como completamente ineficaz.

La aplicación de la cirugía del simpático a algunas afecciones viscerales, tales como el asma bronquial y la enfermedad de **Basedow**, considerada mucho **más** problemática, en este último caso, llegan a afirmar que la **simpatectomía** debe ser abandonada y **substituida por la tiroidectomía**.

En realidad, **trátase**, en su

conjunto, de una cirugía que está aún en pañales y cuyos resultados no pueden hoy ser apreciados.

IV.- - EL RETRASO MENTAL EN LA

HEREDOSIFILIS

Uno de nosotros ha tenido ocasión de estudiar de un modo especial la sífilis hereditaria del sistema nervioso (8), y uno de los hechos más interesantes que podemos observar en este orden de ideas es el retraso intelectual que muchos reconocen este origen. En doscientos casos de encefalopatía infantil con retraso mental estudiado, había cincuenta en los que la heredosífilis podía ser recriminada.

Pero entre estos cincuenta casos hay que tener en cuenta aquéllos en que la heredosífilis es la única causa patógena que puede invocarse, y algunos otros en los que cabe también recriminar

la acción de traumatismos obstétricos.

En, el primer grupo de enfermos trátase de casos de retraso mental, de imbecilidad o de idiotismo, en los que, por diferentes motivos, debe recriminarse la heredosífilis para hacer este diagnóstico etiológico. Estas razones son de diferentes órdenes: clínico, serológico, etiológico, anatómico y a veces de varios órdenes a la vez. Clínicamente podemos observar anomalías de orden dentario, óseo, ocular o visceral.

Las lesiones dentarias más frecuentes son los dientes de Hutchinson (incisivos medios en forma de destornillador, con muesca inferior en forma de dentellada) y otras anomalías varias, tales como la implantación defec-

(8) BABONNEIX: Sífilis hereditaria del sistema nervioso, París, 1930 en 89, masson.

tuosa, las irregularidades y las caries.

Sabido es que, **desde** el punto de vista ocular, uno de los estigmas de la heredosífilis es la queratitis intersticial. Pero puede encontrarse también el signo de Argyll Robertson, y **la desigualdad** pupilar.

Por lo que se refiere a las **lesiones** óseas? vése muy **a** menudo en estos niños osteítis de los huesos de la nariz, con la deformación clásica de la nariz en forma de catalejo; también exóstosis de los huesos largos, y aún a veces de los huesos del cráneo. En cuanto a las lesiones viscerales, conocido es su valor en los niños, observándose la hepatoespienomegalia, el aumento de volumen de los testículos, que casi siempre **son** en estos casos gruesos y duros.

Finalmente, la importancia de las conformaciones viciosas cardíacas en los heredosifílicos es bien conocida.

Las razones de orden **serológico** consisten, como es de **preveer**, en la positividad de las reacciones serológicas en el niño o en los padres. En el lactante no hay que tener en cuenta las reacciones positivas, por cuanto **pueden**

intervenir diferentes causas de error.

Por lo que se refiere a los argumentos de orden etiológico en cuéntranse muchas veces en los antecedentes hereditarios de estos niños la **sífilis**, o **también la sífilis** nerviosa, especialmente en forma de tabes o de **parálisis general**, y **a** veces también en los **abuelos**.

Finalmente, algunos datos **anatómicos** pueden también venir en apoyo de todos estos argumentos. En el trabajo publicado por uno de **nosotros** (9) figura la relación de una autopsia de un caso de mongolismo, en el que encontré un nódulo perivascular situado en un surco meníngeo, con muchas zonas caseificadas, con todos los caracteres del tejido gomoso.

Inútil decir que **a** veces se encuentran reunidos en un mismo niño o **en un joven varios** de los signos de probabilidad que acabamos de referir, como, por ejemplo, en aquel joven de **veintitrés**

(9) L. BABONREIX: Congreso de **Barcelona**, mayo de 1929; id., **El retraso intelectual** es debido casi siempre a **la heredosífilis** (*Gazette des H6j* • . N°9 1. 19 de enero de 1930).

anos que hemos tenido ocasión de examinar.

El nivel mental era el de un niño de ocho años, observándose en él las tibias en forma de hojas de sable, con exóstosis en el frontal y en la parte interna de las clavículas, deformaciones dentarias muy acentuadas, con clientes de Hutchinson, cicatrices cutáneas de aspecto gomoso, y finalmente, paresia del sexto par derecho y desigualdad pupilar.

En estos enfermos, en los que hemos podido recriminar la heredosífilis, no era posible invocar ninguna otra causa tóxica, infecciosa o traumática capaz de explicar los trastornos mentales existentes.

La objeción que podría hacerse de una coincidencia posible no creemos pueda resistir una discusión algo seria en todos los casos observados.

Otras veces, y ello se presta más a confusión, el traumatismo obstétrico que parecía deber ser recriminado en la génesis de los trastornos mentales observados, habíase presentado en niños con manifestaciones bien claras de heredosífilis, y casi siempre con antecedentes indudables. Ya he-

mos tenido ocasión, desde 1911 (10), de insistir sobre estos hechos. Creemos que la heredosífilis debe casi siempre ser invocada como causa de algunas encefalopatías atribuidas a accidentes obstétricos.

Paréese nos que, en estos casos, la heredosífilis, que probablemente fragiliza el cerebro, facilita de esta manera la aparición de hemorragias traumáticas.

En definitiva, de todas estas observaciones se deduce de un modo claro que la heredosífilis es frecuente en niños o en jóvenes cuyo psiquismo es anormal. Puede ser el único factor de los trastornos psíquicos, en cuyo caso no parece verosímil la objeción de **una** coincidencia posible. Puede ir asociada a otros factores, en especial traumatismos obstétricos. En este último caso es probable que favorece una mayor vulnerabilidad de los centros nerviosos, y que aún así cabe invocar la especificidad hereditaria.

(10) HUTINEL Y BABONNEIX (Association Française de Pédiatrie, Congreso de 1911, página 27).