

*CURRICULUM
VITAE*

Prof. J. J. LÓPEZ IBOR

Oposiciones a la Cátedra de Psiquiatría. — Universidad Central, 1946.

*CURRICULUM
VITAE*

Prof. J. J. LÓPEZ IBOR

Oposiciones a la Cátedra de Psiquiatría. — Universidad Central, 1946.

«LIGNUM HABET SPEM; SI PRAE-
CISUM FUERIT, RURSUM VIRESKIT,
ET RAMI EJUS PULLULANT»

*(El árbol tiene esperanza; y si fuere cortado
brota y echa sus renuevos).*

Libro de JOB 14, 7

Como becario del Colegio del Beato Juan de Rivera, comenzó sus estudios en la Facultad de Medicina de Valencia. Como alumno, se dedicó a la Medicina legal y a la Psiquiatría, siendo interno de esta asignatura. Terminó sus estudios de licenciatura en 1929. Se doctoró el año siguiente en la Universidad de Madrid. Completó su formación como médico legista en los Institutos de Medicina Legal de Zurich (profesor Zangger) y de Berlín (profesor Müller-Hess). Completó su formación neuropsiquiátrica en la Clínica Neurológica de La Salpêtrière (profesor Guillain), en la Clínica Universitaria de Munich (profesor Bumke), en el Establecimiento de Investigaciones Psiquiátricas de Munich (Instituto Kraepelin), en los departamentos de Lange (clínica) y de Rudin (herencia y demografía) y en la Clínica Universitaria del Hospital Moabit (profesor Goldstein). En España, comenzó su actividad psiquiátrica en el Manicomio de Valencia; regentó la cátedra de Psiquiatría de Madrid, y actualmente dirige la Clínica Neuropsiquiátrica del Hospital General de Madrid. Es catedrático numerario de Universidad desde el año 1932; en la actualidad, se halla excedente.

A continuación se inserta una selección de cargos y puestos profesionales desempeñados. Se omiten los de otra naturaleza:

Auxiliar de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia, por oposición, y adscrito a la cátedra de Medicina Legal de la misma.

Catedrático numerario de Medicina Legal y Toxicología de la Universidad de Santiago de Compostela, por oposición.

Auxiliar de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia, por nueva oposición.

Encargado del desempeño de la cátedra, no vacante, de Medicina Legal de Valencia.

Catedrático numerario de Medicina Legal de Valencia, y luego, por permuta, de la de Salamanca.

Catedrático agregado a la Universidad de Madrid para desempeñar la cátedra de Psiquiatría en la Facultad de Medicina de dicha Universidad. Cesa por

Agregación al Instituto Cajal, a propuesta de dicho Instituto, «por estimar imprescindibles sus servicios a dicho Centro».

Médico numerario especialista del Manicomio de Valencia, desde el 1 de enero de 1932 hasta el 7 de febrero de 1940, en que fué nombrado director del mismo.

Director del Centro Neurológico Militar (creado en Valladolid en enero de 1938), desde su creación hasta mayo del mismo año, que fué destinado a la tercera Región Militar.

Médico de la Clínica del Trabajo, por concurso, para la especialidad de Neuropsiquiatría, en el Instituto de Previsión de Madrid.

Jefe, por oposición, del Servicio de Neuropsiquiatría del Hospital General de Madrid.

Varias Comisiones facultativas, especialmente en relación con la reforma universitaria. Vocal del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, presidente del Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría, y delegado en España de la Academia Internacional de Medicina Social y Legal.

TRABAJOS EN REVISTAS

ENDOCRINOLOGÍA CRIMINOLÓGICA. (En colaboración con Miguel Angel García).—*Crónica Médica*, 15 de julio de 1928.

Revisión de conjunto sobre el problema de las relaciones sobre los tipos constitucionales de base endocrina y la criminalidad, con referencia especial a los trabajos de la escuela italiana. Se hace hincapié en el papel patoplástico de la disendocrinia sobre la forma de criminalidad.



FISIOLOGÍA DEL SUEÑO. — *Crónica Médica*, 15 de marzo de 1929.

Revisión de conjunto sobre los problemas actuales de la fisiología del sueño.



LAS NEUROSIS TRAUMÁTICAS EN MEDICINA LEGAL. (Tesis doctoral).—*Crónica Médica*, 1930.

Entre las consecuencias psíquicas de los traumatismos, se pueden distinguir las reacciones psicósicas de espanto o de terror y psicógenas. Distribución estadística del material empleado para esta tesis. Tanto las reacciones psicósicas, como las reacciones de espanto o de terror, deben ser objeto de indemnización. Las primeras son la intervención de una causalidad física y las segundas por la exclusión de un motivo ajeno al trauma mismo. Las reacciones psicógenas se distribuyen en cuatro grupos. Hay que hacer un estudio estructural de la manera de establecerse ésta, analizando la medida en la que intervienen los deseos de renta o de indemnización. A veces el accidente actúa como fac-

tor patoplásico, y en ese caso carece de valor médicolegal. En otras actúa como factor patogenético, y entonces lo tiene.



SOBRE LA PROBABILIDAD DE ENFERMAR EN PSIQUIATRÍA.—*Crónica Médica*, 15 de junio de 1931.

Exposición de la nueva orientación de los estudios genéticos, debida a la escuela de Rüdin. Importancia de los mismos para la profilaxis de las enfermedades mentales.



SOBRE LA ESQUIZOFRENIA CONYUGAL.—*Crónica Médica*, 15 de febrero de 1932.

Tiene mucho interés averiguar si, en la elección de la pareja sexual, pueden intervenir otros factores que los puramente casuales. Kretschmer habla del matrimonio por contraste; pero importa mucho señalar, para evitar errores en la percepción de los hechos, la modificación que en el carácter del partícipe matrimonial puede haber ejercido el enfermo. Esto se ve en las mujeres de los alcohólicos y de los esquizofrénicos. Los matrimonios entre parientes producen un aumento en la manifestación de las enfermedades; pero, por vía indirecta, pueden producir una menor difusión de las mismas (concentración de los genes morbosos). El matrimonio entre parientes esquizofrénicos no es más frecuente que lo es en general, y, por tanto, no es probable que existan especiales afinidades de tipo psicológico que deformen o desvíen las de tipo biológico y económicosociales.



ACERCA DE LA INVESTIGACIÓN DE GRUPO EN LAS MANCHAS DE SALIVA.—*Crónica Médica*, 15 de enero de 1933.

Mediante la técnica de absorción se analiza el grupo a que pertenecen diversas manchas de saliva; se describe la técnica.

El diagnóstico de grupo se puede hacer con la misma facilidad que en la sangre. Se destaca la utilización de la técnica en algunos casos de investigación criminológica.



NEUROMIELITIS ÓPTICA AMBULATORIA.—*Crónica Médica*, 15 de septiembre de 1933.

Se comunica un caso en el cual se establece el diagnóstico de esta enfermedad clínicamente. Se trataba de una forma benigna y se señalan sus relaciones con la esclerosis en placas y la encéfalomiелitis diseminada, que impiden aceptar la total independencia de estos cuadros. Es de interés señalar la posibilidad de los cuadros leves, es decir, de las formas ambulatorias de la enfermedad.



ARQUITECTURA DE LAS NEUROSIS ORGÁNICAS. (Conferencia pronunciada en la sesión de apertura del curso 1933-34 en el Instituto Médico Valenciano).—*Crónica Médica*, año 1933, número 800, época 3.^a, núm. 71. Valencia, 15 de noviembre de 1933.

Revisión de conjunto sobre el problema de las neurosis orgánicas. Neurosis orgánicas no son aquellas enfermedades en las que interviene el factor psíquico, porque éste ocurre en todas; ni aquellas otras en que no hay lesión, puesto que habiendo lesión puede el enfermo ser un neurósico; sino aquellas en que, dentro del complejo psicosomático de la sintomatología, el acento diferencial está lanzado sobre lo psíquico, de tal suerte que las reacciones de conjunto de la personalidad giran precedentemente alrededor de las vivencias del enfermo. Como ilustración a la concepción de las correlaciones psicosomáticas, se propone el esquema de la elipse en lugar del paralelismo o de las dos flechas, en sentido opuesto, de la acción recíproca. El momento fundamental en la constitución de la neurosis llega cuando el enfermo despersonaliza y objetiviza los síntomas. En

el neurótico orgánico, la persona vital ha perdido su plasticidad; la unidad se halla rota y los síntomas de la enfermedad aparecen precisamente en aquellas funciones de la persona vital, donde actúan los traumas de la educación.



EXÉGESIS DEL COMPLEJO DE EDIPO.—*Crónica Médica*, 15 de abril de 1934.

Fuera de los psicoanalistas, se niega la existencia del complejo de Edipo. Sin embargo, existen casos para los que se podría emplear este nombre, pero en otro sentido que lo hace el psicoanálisis. Sólo significa la atracción instintiva que siente el niño por la madre, pero que no tiene carácter sexual. Muchas de las actividades que el psicoanálisis califica como de matiz sexual son lúdicas. El carácter patológico lo adquiere, cuando persiste más allá de una cierta fase del desarrollo. En la pubertad se realiza un descubrimiento de la propia personalidad y la distinción entre la erótica y la sexualidad. La erótica puede quedar fijada en la madre también de un modo morboso. El complejo de Edipo, pues, significa el modo como se establecen la relación entre el polo individual y el polo ctónico - materno de la vida en dos momentos esenciales: el de los primeros años y el de la pubertad.



DEMOGRAFÍA PSIQUIÁTRICA. — *Crónica Médica*, noviembre de 1934.

Estudio de las variaciones en la población manicomial de Valencia. Los primeros datos de 1860 señalan 502 enfermos. El incremento es muy evidente de los años 1920 al 1933, ya que del 1860 al 1920 sólo aumentaron en 103 enfermos y en trece años aumentaron en 456. En la clasificación por provincias, se ve que el crecimiento de enfermos ingresados, correspondientes a la provincia de Valencia, es menor que al resto de España, lo cual señala una cierta inferioridad biológica en la

población inmigrada. Se calcula la cuantía matemática de la asistencia espontánea extramanicomial, la cual resulta considerable. Se señala la existencia de ciertos focos, como Benirredrá y Oliva, con una enorme cantidad de esquizofrénicos.



SOBRE LAS PSICOSIS TABÉTICAS.—*Actas Dermosifiliográficas*, diciembre de 1934.

ZUR FRAGE DER TABESPSYCHOSEN.—Del homenaje a Zangger, 1934. Editorial Rascher & Cie., A.-G., Zurich.

Los cuadros clínicos que se presentan en la tabes pertenecen a los siguientes grupos: 1.º Cuadros psicógenos reactivos. 2.º Coincidencia de enfermedades psiquiátricas endógenas con tabes. 3.º Combinación de parálisis general con tabes. 4.º Alteraciones mentales sifilíticas, no paralíticas, con tabes. 5.º Cuadros confusionales no específicos y tabes en forma de ataxia aguda. Se insiste en el interés de éstos desde el punto de vista diagnóstico y pronóstico.



RAÍZ VITAL DE LA UNIVERSIDAD.—*Norma*, Valencia, marzo de 1935.

Las ideas contenidas en este trabajo se encuentran ampliamente desarrolladas en el libro *Discurso a los universitarios españoles*.



LA DEGENERACIÓN ESPINOCEREBELOSA. — *Crónica Médica*, mayo de 1935.

En una familia en la que la madre sufre una parálisis espástica, existen una hija sana, con descendencia sana, y tres enfermos.

La sintomatología de éstos es tan variada y polimorfa que confirma el criterio sostenido por algunos autores acerca de la unidad de la heredoataxia espinal (Friedrich), la heredoataxia cerebelosa (Nonne-Marie) y la paraplejía espástica (Erb-Strümpell-Lorrain). Por ello se acepta provisionalmente la designación de heredodegeneración espinocerebelosa (Guillain-Mollaret).

En esta familia la herencia parece realizarse según un módulo dominante monómetro, sin limitación a sexo.

Sin embargo, las consideraciones citadas en el texto, la presencia de ataques epilépticos, ataques histéricos, alteraciones mentales, etc., los casos de la literatura hacen pensar en que el gen posee un extraordinario pleotropismo o en que la monometría sea sólo aparente. Se reivindica, finalmente, el viejo concepto de familia neuropática, adaptado al mendelismo actual.



SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE LAS HEMIPLEJIAS.—*Crónica Médica*, Valencia, 15 de junio de 1935.

En las hemorragias cerebrales, ya durante el coma, puede realizarse un diagnóstico, acerca del lado en que aparecerá la hemiplejia, mediante la compresión de las ramas de salida del trigémino, sobre todo de la primera, obteniéndose así una contracción evidente de la musculatura facial con reflejo consecutivo de huída (signo de Kehrer). Probablemente se trata de un reflejo no alógeno, en relación con la hinchazón central del lado de la hemorragia.



ANÁLISIS PSICOLÓGICO DE UN DÉBIL MENTAL CALCULISTA.—*Crónica Médica*, Valencia, 15 de septiembre de 1935.

Se describe un calculista de cincuenta y seis años, existente en el Manicomio de Valencia. El motivo de su ingreso fué el alcoholismo. Se trata de un débil mental que, si bien posee algunas habilidades de los artistas del calendario, fundamental-

mente su habilidad consiste en ciertos cálculos, que son descritos.

Su análisis psicológico demuestra rasgos en su estructura, tales como una debilidad de la capa vital y una tendencia a la repetición. Se enuncia la posibilidad de que esto constituya un factor importante en sus habilidades, ya que éstas comenzaron por una tendencia, casi obsesiva, a enumerarlo todo. El Rorschach confirma estas sugerencias. Aparte de ello, hay que contar su memoria mecánica. Existen, naturalmente, actos inteligentes en sus procesos de cálculo, pero no hay verdadero talento matemático, que consiste en la abstracción de funciones. Ello es natural en un individuo cuyo cociente mental en el Termann es de 0,65.



ADENOMA SEBÁCEO DE PRINGLE EN ESCLEROSIS TUBEROSA.—
Actas Dermosifiliográficas, octubre de 1935.

Se describe un caso de esclerosis tuberosa, cuyo diagnóstico se basa en la existencia de un adenoma sebáceo de Pringle, ataques epilépticos e idiocia. Además, existen en este caso las conocidas alteraciones de fondo de ojo. Radiográficamente, se ha podido demostrar la existencia de un tumor renal de naturaleza benigna (pruebas de funcionamiento renal), y la sospecha de un rabdomioma de corazón, al que se debería el predominio del ventrículo derecho en el electrocardiograma.



EL PROBLEMA DE LAS ALUCINACIONES. (Lección de cátedra a las oposiciones a la cátedra de Psiquiatría en 1934).—*Crónica Médica*, 15 de octubre de 1935.

La alucinación es un fenómeno muy complejo. En su técnica nos encontramos: a) Un elemento sensorial puro, sujeto a todas las variaciones que supone el concepto de oscilación o mutación funcional introducido en neurología por v. Weizfäcker

y Stein. b) Un elemento vital; el reconocimiento del elemento vital en la percepción de las alucinaciones se debe, sobre todo, a los trabajos de Palagy. c) El acto psíquico puro. Enlace entre las alucinaciones y el pensamiento. Exposición y crítica de la doctrina de Jaspers sobre las pseudopercepciones. Los fenómenos son más variados y ricos de lo que hace suponer su esquema. En la alucinación hay, además, una expresión simbólica, y por ello es un segmento dramático en la vida del individuo, sometido al flujo de la vida instintiva.



EL TRASTORNO MENTAL TRANSITORIO EN EL CÓDIGO PENAL VIGENTE.—*Revista de Derecho Público*. Madrid, núm. 47, noviembre de 1935.

Necesidad de apretar psicopatológicamente el concepto de trastorno mental transitorio. Es teóricamente posible que la única manifestación de un trastorno mental transitorio sea un hecho delictivo. Prácticamente, apenas lo es. Examen comparado del concepto «trastorno mental transitorio» en los diversos Códigos y de la jurisprudencia española sobre el mismo.

En el trastorno mental no se halla perturbada sólo la capacidad de conocer, sino la de obrar por impulsos patológicos.



DIE ANWENDUNG VON SCHLAFMITTELN IN DER PSYCHOTHERAPIE.—*Schweizer Medizinische Wochenschrift*, 65. Jahrgang 1935, Nr. 43, Seite 1.029.

Se refieren las experiencias conseguidas mediante un método psicoterapéutico especial y personal, consistentes en la provocación de estados de relajación mediante el uso de hipnóticos (somnifène) por vía intravenosa. Las vivencias que siente el enfermo son aprovechadas de una manera sugestiva. Se trata de conseguir, en el fondo, un entrenamiento autógeno en el sentido de Schultz (la evolución ulterior de la psicoterapia ha demostra-

do la utilidad de este método. En la última guerra europea se ha empleado mucho el evipán como elemento relajador).



FUNCIÓN DE LOS PRACTICANTES EN LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA. (Conferencia pronunciada en el Colegio Oficial de Practicantes de Valencia). Junio de 1936.

La carrera de practicante plantea en España problemas especiales en relación con la asistencia psiquiátrica. Hasta ahora no se han ocupado estos profesionales sino de permanecer fieles a su tradición, sirviendo de auxiliares del médico en lo que se ha llamado cirugía menor. Sería necesario transformarlos para que colaboraran en la asistencia psiquiátrica; para ello es necesario transformar su plan de estudios.



SYPHILITISCHE GUMMATA NACH PARALYSEBEHANDLUNG.—
Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1936, Nr. 2, S. 69.

Se comunican dos casos de parálisis general, en los que después de una piretoterapia se presentaron gomas sifilíticas. En uno de ellos, la localización era amigdalina. En ninguno de los dos casos se había comenzado a practicar un tratamiento antilúético.



PEQUEÑO PERIPLO EN TORNO AL CONCEPTO DE TOTALIDAD.—
Jerarquía, Navarra, octubre de 1937.

Examen de la constante histórica que supone la introducción del concepto de totalidad en el mundo cultural presente. Se analizan los dos modos esenciales de concebir la totalidad y su valor como intento de superación del problema que plantea la existencia de lo racional e irracional. Comparación de la solución a esta

antinomía, dada por el concepto de totalidad y por el concepto de existencia. Y se señala la mayor hondura y validez de esta última.



EL HOMBRE ESPAÑOL.—*Sol y Luna*, Buenos Aires, 1939.

Interpretación de la psicología del hombre español. Se contraponen dos tipos de posturas humanas, hombres de esencias y hombres de contingencias. Frente al hombre victoriano de dos dimensiones, existe el hombre completo con cuatro dimensiones. Las dos que se agregan son una hílca y otra espiritual.

El español es un hombre desarrollado con preferencia en las dos dimensiones verticales. La doctrina del eje diamantino, de Séneca, alude a esta postura erecta del español. La vida instintiva reacciona ante valores humanos y no ante valores cósmicos. Su instinto de agresión no va dirigido hacia el mundo físico como el del hombre fáustico. El español lleva su cosmos dentro. Distinción entre la carne y el cuerpo. El español nunca ha prestado culto al cuerpo, sino que siente el palpitar de lo cósmico en su carne. También el otro polo, el espiritual, se siente de un modo especial, que le distingue, por ejemplo, de la concepción del idealismo alemán. La redención adquiere por eso un significado más profundo para el español que para otros pueblos.



EXPERIENCIAS PSIQUIÁTRICAS DE GUERRA.—*Rev. Esp. Med. y Cirugía de Guerra*, año II, tomo II, núm. 5, 1939.

Análisis de las experiencias psiquiátricas recogidas durante la guerra española. Este análisis fué de los primeros publicados resumiendo las observaciones españolas. Se confirma el dogma de la inamovilidad de las psicosis endógenas (esquizofrenia y maníacodepresiva). Por lo que se refiere a la esquizofrenia, sólo se reconoce la influencia sobre el diagnóstico precoz en los casos de fracaso esquizofrénico.

La guerra, pues, actúa como reveladora de la enfermedad. Algunos esquizofrénicos han seguido prestando servicios en el

frente. Las depresiones endógenas tampoco se influyen por la guerra. Se señala el fracaso de los métodos psicométricos en la determinación de la utilidad o inutilidad para el servicio militar en los oligofrénicos. Tan importantes como las condiciones intelectuales resultan las caracterológicas. Muchos débiles son excelentes soldados. También lo son muchos psicópatas. Las neurosis bien constituídas (neurosis orgánicas, etc.) permanecen bastante indemnes ante los traumas psíquicos de la guerra. Algunos obsesivos consiguen, mediante su inmersión en una vida disciplinada, reprimir considerablemente las manifestaciones de su neurosis. Es un hecho sorprendente en nuestra guerra el escaso número de reacciones psicógenas y su simplicidad. Los casos analizados demuestran la existencia en cada uno de ellos de un conflicto psicológico personal. La guerra tiene, o puede tener, unas evidentes virtudes biológicas positivas; pero puede tenerlas también negativas, si no se buscan las influencias compensadoras. En el caso de la epilepsia, no se ha demostrado nada concluyente sobre el valor diagnóstico de los métodos provocadores.



ALGUNAS CONSIDERACIONES PARA LA REFORMA DE LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA DE ESPAÑA.—*Revista de Sanidad e Higiene Pública*, marzo-abril de 1939.

La tradición española en la asistencia psiquiátrica se ha quebrado. Deber de investigar. No tendremos una buena asistencia psiquiátrica mientras no contemos con buenas escuelas psiquiátricas. Problemas de higiene mental y la reforma de la asistencia.



SOCIALIZACIÓN DE LA MEDICINA.—*Medicina Española*, 1939.

Los seguros sociales influyen decisivamente en la evolución de la Medicina. Análisis de las ventajas e inconvenientes del Seguro de enfermedad. El «estar enfermo» no equivale siempre a una incapacidad para el trabajo. Cuando el Seguro de enfermedad se aplica sin discriminación, aumenta extraordinariamente

te el número de neuróticos y de falsos enfermos. Puede haber otras soluciones que no estén basadas en una concepción proletaria del mundo y de la vida. Quizá la necesidad imperiosa de hoy impida de momento buscar otras; pero, entiéndase bien, sólo en un período de transición, mientras se logra una nueva estructura social. Hubo un tiempo en que el médico dotaba de otro sentido a su profesión, en el que había más caridad y menos tantos por ciento.



EL ESPÍRITU DEL TIEMPO EN MEDICINA Y LA REFORMA DE LOS ESTUDIOS MÉDICOS.—*Actualidad Médica*, Granada, julio de 1940.

El espíritu del tiempo influye en las concepciones médicas. El hombre griego tenía una idea de perfección, y la enfermedad era en él una imperfección o desarmonía. El hombre medievo considera la enfermedad como fuente de dolor. Cada época tiene, pues, su tipo especial de médico. Influencia de la técnica sobre la medicina moderna. Con la técnica ha ocurrido una inversión de valores que es necesario y urgente retocar. En la crisis actual de la Medicina influye ésta como un factor decisivo. Compensación de la crisis por la consideración de los factores psíquicos en los enfermos. Examen de los problemas de la medicina social. Desde el punto de vista educativo, no se crea que la unidad de misión de la Medicina impone un arquetipo de médico para todo el mundo. Existen variantes nacionales. Ganivet, la sangría y el senequismo del alma española. La Reforma de las Facultades de Medicina. La Deontología no puede enseñarse como una técnica más.



SOBRE LOS PELIGROS Y LÍMITES DEL TRATAMIENTO CONVULSIVANTE POR EL CARDIAZOL.—*Revista Clínica Española*, número 2. 1.º de agosto de 1940.

Se llama la atención en este trabajo sobre ciertos peligros y contraindicaciones del cardiazol en la terapéutica convulsivan-

te. No se considera contraindicación absoluta el embarazo en los tres primeros meses, cuando la indicación de tratamiento es absoluta. En cambio, sí lo es la posibilidad de síncope respiratorios, en las depresiones de enfermos de más de cuarenta años, aun cuando el examen electrocardiográfico no revele ninguna lesión. Se describen dos tipos de síncope respiratorio.



TRASTORNOS DE LA LIBIDO EN LOS TRAUMATISMOS CRANEA-
NOS.—*Acta. Neur. y Psi.*, núm. 1, septiembre de 1940.

Se describen dos tipos de alteraciones de la libido; en los traumatismos generales de diversa localización, frontal, tempoparietal u occipital, existe una disminución del apetito sexual que el enfermo no nota ni describe si no se le pregunta acerca de él. No existe ningún trastorno específico de la potencia sexual. Este amortiguamiento de la libido es debido a la disminución general de la actividad de la corteza; no tiene, pues, carácter específico. Existen otros enfermos en los cuales se observa una lesión más específica de la función sexual. No se trata sólo de una cierta incapacidad del acto. Las alteraciones tienen lugar en la erección o perturban el ritmo de la eyaculación. El enfermo acude directamente al médico. Estos trastornos están, probablemente, en relación con alteraciones hipotálamicas.



TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA POR EL CARDIAZOL Y LA
INSULINA. (Revisión en relación con la propia experiencia).
En colaboración con L. Vela del Campo.—*Revista Clínica*,
número 3, 1.º de septiembre de 1940.

Primer trabajo dedicado en España a exponer la técnica, métodos y resultados obtenidos con los nuevos tratamientos de la esquizofrenia. Sin compartir el excesivo optimismo de otros autores, se defiende en este trabajo la tesis de que hay una positiva ventaja en los tratamientos de esta enfermedad, sobre

todo cuando se hace en las primeras fases de la misma. El pronóstico es doblemente favorable en los casos tratados sobre los no tratados. Son métodos inespecíficos de tratamiento que actúan automáticamente, poniendo al organismo en condiciones de recuperar una función psíquica desviada de la normalidad.



SENTIDO ÉTICO DEL MÉDICO ESPAÑOL. (Conferencia dada en 1940 en la inauguración del curso de la Academia Deontológica de Madrid). — *Actualidad Médica*, Granada, noviembre de 1940.

En la historia de la profesión médica se anotan sucesivas olas de confianza y desconfianza del público, de enfermos y profanos frente a los médicos. A menor confianza en los médicos, mayor incremento del curanderismo. La idea de profesión es distinta en el mundo luterano que entre nosotros. La predestinación tiene para los calvinistas una manifestación externa y mundana: el éxito profesional. El que triunfa en profesión gozará de la vida eterna. Las deontologías médicas basadas sobre este profesionalismo médico son insuficientes. La enfermedad impregnada de una noción de valor transforma la actitud médica. En España hay abundantes muestras de faltas en el ejercicio profesional; pero, a pesar de ello, todavía late en el fondo de la gran y mejor parte de los médicos españoles, un admirable sentido ético, que no está determinado ni por la influencia de las Facultades, ni por la represión gubernativa, sino por la propia postura ética del español (ver *Pathos ético del hombre español*). Otra característica de la Medicina española es su sentido fundacional. La profesión se debe ejercer como una misión sobre la tierra.



SOBRE LOS ATAQUES VEGETATIVOS.—*Actas Espa. Neur y Psi.*, números 3-4, diciembre de 1940.

Wilson describió diversos tipos de epilepsia periventricular. El más curioso está constituido por los ataques de hipertermia,

de los cuales se comunica un ejemplo en este trabajo. Pette ha descrito los ataques vegetativos como una entidad autónoma e independiente de la epilepsia. En mi opinión, este criterio de Pette no puede aceptarse de una manera absoluta, puesto que existen casos de ataques vegetativos puros que, en el curso ulterior, se manifiestan como componentes o equivalentes de verdaderos ataques epilépticos. La onda de excitación epiléptica puede derivar hacia la motilidad o hacia la esfera vegetativa, con preferencia. Hess habla, al referirse a estas regulaciones, de una discusión entre acciones corticales y subcorticales. Gracias a este sistema de alternativa es por lo que en el enfermo objeto de este trabajo se sustituyen unos ataques típicamente vegetativos por otros motores, y en la sintomatología de éstos no va absorbida la vegetativa,

Las experiencias con electroschocks confirman esta posible dualidad de caminos a seguir por la onda de excitación epiléptica. Cuando a un enfermo se le administran barbitúricos no se obtienen convulsiones y sí sólo un ataque vegetativo intenso.



SOBRE EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE LA EPILEPSIA SINTOMÁTICA Y LA GENUINA.—*Medicina*, Madrid, diciembre de 1940.

Los síntomas que se encuentran en la epilepsia deben distinguirse en tres grupos fundamentales: de epilepsia genuina, de epilepsia sintomática y de deteriorización epiléptica. De la epilepsia genuina hay que hacer un diagnóstico positivo, fundado en la constitución, en el modo de ser epiléptico y en la demostración de una carga hereditaria. Un grupo importante de las epilepsias sintomáticas está constituida por las epilepsias residuales. Schneider describió los dedos de la mano en bayoneta, la inversión de la longitud respectiva de los dedos índice y anular, la mano en posición atetósica permanente, la subluxabilidad del pulgar, etc. A ellos agrega el autor de este trabajo la mano cóncava y la mano de mono, los pies en bayoneta y los signos de infantilismo motor. En la deteriorización epiléptica

nos encontramos con la demencia y con ciertos signos de deterioro neurosomático. El interés de éstos estriba en que por cualquier signo neurológico que se encuentre en un epiléptico no se debe deducir que se trate de una epilepsia sintomática.



MODALIDADES PSICOPATOLÓGICAS DE LAS IDEAS DELIRANTES.

Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría, núm. 1, enero de 1941.

Se analizan las diversas modalidades de las ideas delirantes, distinguiéndose entre ideas delirantes primarias y secundarias o deliroides. Las primeras se subdividen, a su vez, en revelaciones, inspiraciones e iluminaciones delirantes. La sensación de presión o dureza, la de «encontrarse con algo que viene a sí», es la que matiza la revelación y la inspiración delirantes. Se analiza el paralelismo entre estos fenómenos y las vivencias de las experiencias religiosas. Las ideas delirantes primarias tienen siempre un carácter dinámico, cosa que no acaece con las ocurrencias delirantes. De todos estos fenómenos sólo caben descripciones aproximadas. En ellos interviene la totalidad de la persona enferma, que se siente sorprendida por la súbita aparición de la revelación delirante. El humor delirante es una faceta de esta experiencia y no un fenómeno distinto, y por ello se encuentran tránsitos entre una y otra clase de fenómenos. No se pueden establecer distinciones tan tajantes como quiere a veces la fenomenología. El carácter de seriedad o de «a modo de juego» de la idea delirante, no depende de la mayor o menor realidad que el enfermo le atribuye, sino de la independencia de su voluntad, del sentirse dominado o sobrecogido por ella. Este análisis global tiene un enorme valor clínico. Las revelaciones y las inspiraciones delirantes definen por sí la presencia de un proceso psicótico. No ocurre así con las iluminaciones y las ideas deliroides, en las que hay que analizar su contenido, caracteres exteriores, etcétera, para calificarlas de morbosas.



SOBRE EL LATIRISMO. (En colaboración con M. Peraita).—*Actas Esp. de Neur. y Psi.*, núm. 1, de enero de 1941.

NEUE FALLE VON LATHYRISMUS.—*Deutsche Zeitschrift für verdaunungs und Stoffwechselkrankheiten*, Bd. 5. Helft, 6, 1942.

Se trata de una de las primeras publicaciones dedicadas a señalar la presencia de casos de latirismo en España, en el año 1941. Se describe minuciosamente el cuadro clínico. En él se comprueba el cuadro clásico de las paraparesias espásticas y se agregan algunos detalles como la presencia de un nistagmus de primer grado, con un componente rotatorio que refuerzan la posible confusión con algunos cuadros de esclerosis en placas. Se confirma que el latirismo hace mella casi exclusivamente en los hombres y, sobre todo, en los jóvenes. Se emite la hipótesis de que el latirismo se produzca, más que por la ausencia de determinada sustancia en dieta o por un principio tóxico, como consecuencia de cambios no establecidos hasta ahora en las correlaciones que deben existir entre los distintos componentes de las dietas o entre las vitaminas y las alitoxinas. Es curioso señalar también que la enfermedad se halla perfectamente circunscrita en una unidad topística. De este modo se hallan enlazadas ambas series de fenómenos clínicos y químicos.



HEMANGIOMA EPIDURAL. (En Colaboración con M. Peraita).—*Actas Esp. Neur y Psi.*, núm. 2, abril de 1941.

1.º En el presente trabajo se expone el estudio clínico de un caso de hemangioma epidural, cuyo estudio histopatológico fué realizado por los doctores Llombart y Arrieta.

2.º Desde el punto de vista clínico, los ragos más salientes que presentaba el caso son :

a) La enfermedad se inició por trastornos de la evacuación vesical.

b) A estos trastornos siguen parestesias barestésicas en la zona correspondiente a D₈-D₁₀.

c) Posteriormente a dichas parestesias hicieron su aparición síntomas sensitivos y motores que expresan el déficit funicular. En el momento de la exploración el enfermo presentaba una paraplejía completa. Existía, además, una zona de hiperestesia que se extiende de D₈ a D₁₁, que coincide con la zona donde el enfermo localiza sus parestesias barestésicas. Durante el tiempo de estancia del enfermo en la clínica, el límite superior del trastorno sensitivo se elevó de D₈ a D₅-D₆. A este último nivel se hizo el diagnóstico clínico de altura. Dicho nivel coincidía con el de detención del stop de yodipina.

d) El estudio de las condiciones hidrodinámicas del espacio subaracnoideo nos demostró que nos hallábamos frente a un bloqueo incompleto del mismo. El stop de yodipina fué solamente transitorio, correspondiendo con lo incompleto del bloqueo.

e) En la operación se encontró un tumor extradural situado sobre la cara posterior de la médula, bajo los arcos correspondientes a las vértebras cuarta, tercera y segunda dorsales. La diferencia de altura entre la situación real del tumor, la zona en que el enfermo localizaba sus parestesias barestésicas y la zona hipertésica descubierta en la operación, obligan a suponer para todos estos trastornos una localización subsegmentaria.

f) Radiográficamente, no se encontraba la más insignificante alteración de la forma o estructura vertebral en las regiones correspondientes. Respecto a los signos estudiados por Elsberg y Dyke, puede afirmarse que los pedículos (*Ovale, Radices arcus vertebrae*) de las tercera y cuarta vértebras dorsales, especialmente el de la cuarta, en el lado izquierdo, se encontraban claramente atróficos.

g) Se hace una discusión del diagnóstico diferencial del tumor.

h) El hecho de que en las radiografías no se encontrasen deformidades ni alteraciones estructurales vertebrales, así como

el que durante la operación no se encontrasen alterados los arcos pertenecientes a dichas vértebras, ni se demostrase relación de continuidad entre el tumor y las partes óseas, conduce a pensar en la posible existencia de un hemangioma epidural autónomo.

i) Se estudian las relaciones existentes entre el caso citado y los de Gerhardt, Roth-Scherer, Junghans, etc.



EPILEPSIA GENUINA Y LÓBULO TEMPORAL.—*Actas Esp. Neur. y Psi.*, núm. 2, abril de 1941.

A propósito de un caso muy interesante de tumor del lóbulo frontal izquierdo, se plantea el problema entre la epilepsia genuina y el lóbulo temporal. Los ataques precedieron en diecisiete años a la extirpación del tumor. El enfermo, explorado tras la intervención, ofrecía en el psicograma de Rorschach, y en las demás manifestaciones de su personalidad, una perseveración análoga a la de los epilépticos genuinos. Aparte de ellas existían otros trastornos: hemianopsia, afasia amnésica, etcétera.

Se discuten las diversas probabilidades de explicación de la semejanza entre éstas alteraciones, producidas por las lesiones del lóbulo temporal, y las de la epilepsia genuina, puestas de manifiesto, sobre todo, por Stauder. Ninguna de las explicaciones dadas se consideran como satisfactorias. El error puede estar en tomar la perseveración como un síntoma definidor del modo de ser epiléptico o en equiparar ambas perseveraciones. Según mi opinión, se trataba de un síntoma poco fino y con escasas valencias para una discriminación psicológica. Evidentemente, Stauder ha exagerado su valor. Probablemente la perseveración es, en la caracterología epiléptica, un síntoma de segundo orden, como el autismo lo es en la sintomatología esquizofrénica. En este enfermo la perseveración estaba influída por su lesión cerebral. La perseveración puede responder a un radical psicoló-

gico único, pero no a un radical biológico único. Es decir, el subsuelo somático sobre el que asienta la manifestación psicológica puede ser diversa.



EL DIAGNÓSTICO CONSTITUCIONAL Y HEREDITARIO DE LA EPILEPSIA GENUINA.—*Acta Médica*, núm. 3, año I, septiembre de 1941.

La epilepsia existe como unidad morbosa definida, no sólo por la presencia de ataques generalizados sin causa focal ni etiología concreta, sino por ciertos rasgos somáticos y psíquicos, que revelan la existencia de una personalidad elemental, compacta y tosca. Se separan de la epilepsia genuina la enuresis nocturna, la tartamudez, la narcolepsia, la epilepsia afectiva de Braz, el sonambulismo, la migraña, el pavor nocturno, etc. Se discute la existencia de la psicopatía epileptoide.



EL MIEMBRO FANTASMA NEGATIVO.—*Actas Esp. de Neur. y Psi.*, núm. 4, octubre de 1941.

Se refieren las experiencias, realizadas en sujetos normales (neurológicamente intactos, no psicóticos) sometidos a ejercicios de relajación progresiva (según las técnicas de Schultz y de Jacobson). En ellos se instala la vivencia de amputación o, por otro nombre, «del miembro fantasma negativo». Con las necesarias referencias a la literatura, se estudian los factores que intervienen en la formación del esquema corporal. Este resulta de la conjunción de la imagen sentida con la «imagen buscada» y el «acento o tono motor». La participación de este último es esencial. Si en las experiencias de relajación aparecen alteraciones del esquema corporal, se debe a la enorme acentuación de la actitud pasiva. La separación perfecta entre el espacio extraño y el propio se difumina. Por eso los miembros fantasmas se caracterizan por su «inmaterialidad» y por su «ingravedez». No es imprescindible la presencia de trastornos en la conciencia.

aunque cualquier alteración de la misma constituye un mecanismo favorecedor de las deformaciones del esquema corporal. En el «hipnopompium» (tránsito del sueño a la vigilia) es especialmente activo.



LA PSICOTERAPIA EN LA PRÁCTICA POLICLÍNICA. (En colaboración con Malabia y Cores).—*Revista Clínica Española*, año II, tomo III, núm. 5, noviembre de 1941.

Se relata la experiencia obtenida en la policlínica psiquiátrica de la Facultad de Medicina de Madrid. Si el trauma psíquico existe en muchos casos, no resulta ya tan cierta su sumersión en el subconsciente. El enfermo no olvida la vivencia determinante; pero, para él, encierra una significación especial, que es la que hay que atacar. De la misma clase, por ejemplo, es la fuerza de la tradición, en la que la vivencia pasada no se nos da aisladamente, sino que su sentido permanece actual y no pasado, como en el recuerdo. Precisamente, el recuerdo consciente mata la fuerza de la tradición. Se analizan los casos de hipertiroidismo de situación y los tránsitos entre las neurosis y las esclerosis. No es cierto que todos los conflictos psíquicos sean sexuales, como quiere el psicoanálisis. No ha de extrañar, pues, la frecuencia con que el psicoterapeuta tiene que abordar el acantilado de la divinidad. En la práctica policlínica se usa de preferencia psicoterapia parva y también la psicagogía; con menos frecuencia, se echa mano de la psicoterapia magna.



PATHOS ÉTICO DEL HOMBRE ESPAÑOL. — *Escorial*, Madrid, 1941.

Este trabajo debe considerarse como una continuación del publicado en *Sol y Luna*. Según Kierkegaard, hay dos posturas humanas: la ética y la estética. Tanto este autor, como Unamuno, se refugian en la postura ética, pero siguen presos de la angustia, porque habiendo descubierto la Fe han olvidado la

gracia. *Sólo la gracia disuelve la angustia.* Análisis psicológico de la distinción entre sujeto y persona. Es curioso que en español no exista la palabra *erlebnis*, para cuya traducción se ha introducido el neologismo de vivencia. El español habla de experiencias, vocablo cargado de dimensiones activas, de densidad intencional. La persona revaloriza frente al yo lo formal; de ahí deriva la compostura. Los caracteres de personalidad y formalidad y compostura hacen al español muy sensible al ridículo. El español se siente especialmente dotado a aquellos menesteres que acentúan el resalto de su personalidad. Apetece la gloria militar, la gloria literaria. Las grandes creaciones de la historia surgen cuando coinciden los ejes del cultivo enfático de la personalidad con el propio eje español, como en el caso de Hernán Cortés. Se examina la jerarquía de valores en el español. El honor comprende las dos notas de lo noble y lo puro. El honor, en la ética militar, es lo noble —entrega de los valores más bajos, vida; por los más nobles, ideal—, y en la ética sexual es lo puro. Reiteración del tema de la pureza en la historia española. El hombre ético es hombre de decisiones, pero de decisiones vitales.



ATROFIA TENAR PARCIAL DE WARTENBERG. — *Revista Clínica Española*, año III, tomo IV, núm. 2, enero de 1942.

Wartenberg ha descrito, en 1939, un grupo de enfermos con un cuadro clínico muy curioso, de gran interés diagnóstico diferencial. Se comunica aquí el primer caso descrito en Europa (posteriormente ha aparecido una publicación de la clínica de Pette y de algunas otras; yo mismo he visto varios casos más, pero aún no los he publicado). Se halla caracterizado por la atrofia de los músculos abductor corto del pulgar y oponente de ambas manos; los movimientos del pulgar, sobre todo la oposición, se hallan dificultados, pero no abolidos. En el caso descrito no existían alteraciones de la sensibilidad. Su hallazgo fué puramente casual, sin que el enfermo acusara el trastorno. Se discuten las diversas probabilidades etiológicas. Wartenberg

piensa en un proceso de patocrisis, como en las neuritis tóxico-traumáticas de Oppenheim. Esta opinión no resulta muy probable. El autor se inclina por el origen endógeno de la atrofia, y en favor de esta tesis habla de la coexistencia de signos de *status varicosus* (complejo constitucional de Cúrtius-2), que se aúna con la tendencia a la siringomelia, a la hernia y a los pies planos.



SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE LA PICNOLEPSIA.—*Medicina*, enero de 1942, Madrid.

Las exigencias para este diagnóstico han de ser muy rigurosas: ausencia de lesiones orgánicas, presentación de los ataques a los cuatro años, duración hasta la pubertad, falta del modo de ser epiléptico o de cualesquiera otras alteraciones caracterológicas o intelectuales propias de las epilepsias genuinas o sintomáticas. Presencia de una constitución especial, con rasgos asténicos o hipoplásicos. Debe estudiarse muy detenidamente la morfología de la cara. Con estos caracteres la picnolepsia tiene derecho a ser considerada como enfermedad autónoma. En 67 casos de epilepsia, vistos en la policlínica psiquiátrica de la Facultad de Medicina de Madrid, sólo se ha visto un picnoléptico.



LA PSIQUIATRÍA EN ESPAÑA EN LA HORA PRESENTE. (Congreso Nacional de Psiquiatría, año 1942).—*Actas Neur. y Psi.*, año III, 1 y 2.

Discurso inaugural del Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría, celebrado en Barcelona del 12 al 14 de enero de 1942. Recuerdo de la tradición humanitaria de la Medicina española. Examen de las influencias francesa y alemana sobre la Medicina española. La tarea de nuestra generación de psiquiatras es ésta: por un lado, anudar con la más legítima tradición española, volviendo a cuidar y a postular por el enfermo mental con todo nuestro calor de hombres. Por otro lado, cul-

tivar los problemas de la ciencia psiquiátrica actual con el más encendido espíritu de investigación para hallar nuestras propias soluciones a nuestros propios problemas. Se examinan algunos puntos de la reforma de la Psiquiatría y se defiende la creación de departamentos neuropsiquiátricos en los hospitales generales. En la organización de la asistencia hay que buscar que ésta resulte económica. Necesidad de la creación de un plan orgánico de asistencia. Se defiende la unión íntima entre la neurología y la psiquiatría, unión que ha venido a fomentar, indirectamente, el desarrollo alcanzado por la neurocirugía en los últimos tiempos.



LAS ALTERACIONES NEUROLÓGICAS EN LA INTOXICACIÓN CIANHÍDRICA.—*Ser*, Madrid, 1942.

NEUROLOGISCHE ERSCHEINUNGEN INFOLGE VON BLAUSAURE-INTOXICATIONEN.—*Arch. f. Pscy.*, 116, Bd. 1, Helft, 1943.

Se describe un caso de intoxicación aguda por el ácido cianhídrico. Tras los síntomas del comienzo (inconsciencia, tetraplejía, alteraciones de la sensibilidad, hipersalivación, etc.), se señalan como trastornos residuales:

1.º La amimia facial y las alteraciones articulatorias del lenguaje.

2.º Alteraciones de la sensibilidad en ambas manos de tipo cortical (forma en manguito, pérdida del sentido discriminativo, estereoanestesia, oscilación funcional, elevación del umbral).

3.º Hipotonía y disimetría, como residuo de lesiones cerebelosas.

4.º Molestias subjetivas, como dolores de cabeza, astenia, pérdida de la memoria, etc.



EL ELECTROSHOCK EN EL ASMA BRONQUIAL. (En colaboración con B. Sánchez Cuenca).—*Revista Clínica Española*, año III, núm. 4, 30 de noviembre de 1942

DIE ELECTROSHRAMPFBCHANDLUNGHEIM BRONCHIALASTHMA.
Forsc. Therapie, 19, Jr. 1943, Helft, 6.

Los autores exponen resultados brillantes obtenidos con la producción del electrochoque en los asma de compleja etiología. Refieren las historias clínicas de tres casos en los que el método ha sido aplicado, con análisis de los resultados inmediatos, haciendo a continuación algunos breves comentarios sobre cuál será el mecanismo en virtud del cual obra el electrochoque en el asma bronquial.



SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DE LA CORTEZA VISUAL. (A propósito de un caso de jaqueca oftálmica).—*Revista Clínica Española*, año III, tomo VII, núm. 6, 30 de diciembre de 1942.

Análisis de un caso de jaqueca oftálmica, el cual pone de manifiesto alguno de los mecanismos de funcionamiento de la corteza visual. Durante el mismo aparecen fenómenos llamados por Pöztl «competición de los estímulos»; en este caso aparecía entre un mecanismo fijador de la visión y otro conductor de la misma en el acto de la lectura. Normalmente, estos mecanismos funcionan sincrónicamente. La sincronía de los mismos coincide con una perturbación funcional referible por otros fenómenos que acompañan al acceso migrañoso (parestesias del brazo izquierdo) al hemisferio derecho. Es probable, pues, que éste tenga un cierto papel en la regulación del ritmo de los procesos nerviosos.



NEUROSIS DE GUERRA.—Ponencia en el Congreso de Psiquiatría, año 1942.

Se señala el cambio en nuestras ideas acerca de la neurosis a través de las experiencias bélicas; pero lo sorprendente y maravilloso a un tiempo es que haya cambiado la propia carátula nerviosa. Breve recorrido histórico sobre la utilización de la pala-

bra *neurosis*. En el diagnóstico de *neurosis* se ha introducido en los últimos tiempos, de una manera evidente, la idea de una valoración de los hombres que la padecen. La enfermedad tiene algo que ver con la veracidad de un hombre y constituye siempre una crisis en su destino individual. En la guerra española y en la guerra europea del 1939 se ha observado una transformación de las reacciones, convertidas a lo somático, en reacciones convertidas a lo vegetativo. A medida que un conflicto es más consciente, la vida vegetativa está más perturbada. Por ello, falla como psicoterapia la catarsis. Otros puntos contenidos en este trabajo se hallan descritos más ampliamente en el libro sobre el mismo tema.



SÍNTESIS MÉDICA.—*Neurología y Psiquiatría*, 1942.

Epilepsia.—Utilización de la difenilhidantoína. Bromuro sódico hipertónico. Tratamiento del *status epilepticus*.

Encefalitis.—Clasificación. Indicaciones terapéuticas.

Hipotensión del líquido céfalorraquídeo.—Tratamiento con sustancias como la efetonina, yohimbina, acetilcolina, etc. Tratamiento por osmoterapia. Con soluciones isotónicas.

Neurosífilis.—Crisis gástrica de la tabes.

Parkinsonismo.—Cura búlgara.

Miastenia.—*Parestesias*: diagnóstico diferencial de las parestesias. Costilla cervical. Alteraciones circulatorias. Terapéutica.

Polineuritis postséricas.—*Neuralgias del trigémino*: cobra toxina e insulina. Neurotomías retrogasserianas y tractomías.

Migrañas. — Tratamiento mediante sustancias estrógenas.

Enuresis.—Importancia de la etiología en el tratamiento.

Esclerosis en placas.—Catamnesis, tratamientos usados anteriormente, química, suero hemolítico, roentgenterapia y vitaminas, transfusiones de sangre, reposo.

Mielopatías. (Mielosis funiculares).—Mielopatías genuinas vasculares y comprensivas; en la anemia perniciosa. Hepatoterapia, vitamina B₁₂. Extractos de mucosa gástrica.



LA EPILEPSIA PARKINSONIANA. — *Revista Clínica Española*, año IV, tomo VIII, núm. 2, 30 de enero de 1943.

DIE PARKINSONSCHE EPILEPSIE.—*Sonderdruck ans der Nervennartz*, 16 Jah. 1943, Heft, 11.

Se describe un caso en el cual aparecen durante una primera fase ataques epilépticos de tipo extrapiramidal. No existen convulsiones; sólo una hipertonia generalizada que se extiende a todo el cuerpo, que se acompaña de pérdida de conciencia y que determina la caída. En una segunda fase desaparecen completamente los ataques para dar lugar a la instauración de un síndrome parkinsoniano. En una tercera fase, se inicia una decadencia psíquica, acompañada de una caquexia vegetativa. Courtois ya había descrito el síndrome comicioparkinsoniano; pero aquí se defiende la tesis de que, en este caso, se trata de una unidad nosológica autónoma, hereditaria, que presenta grandes analogías con la epilepsia mioclónica de Unverrigth-Lundborg, caracterizada por una primera fase de ataques tónicos, una segunda de mioclonías que frenan la epilepsia y una tercera de caquexia vegetativa. (Posteriormente ha recogido el autor varios casos más de epilepsia parkinsoniana, no publicados todavía).



LA FORMACIÓN PROFESIONAL DEL MÉDICO.—*Razón y Fe*, noviembre de 1943.

La formación profesional del médico debe ser trifásica. En la primera fase se trata del conocimiento natural: hombre sano y enfermo. La segunda fase es la clínica, la cual tiene sustantividad propia. Es necesaria una tercera fase; el médico lo es en el preciso momento en que se coloca ante un enfermo con plena libertad de actuación; por consiguiente, con plena responsabilidad. De aquí la necesidad de la organización del internado obligatorio bajo la tutela del maestro. Quien tenga una concep-

ción cristiana de la persona humana se halla mejor dotado para alcanzar grados extraordinarios de perfección profesional.



FACTORES GENÉTICOS EN UNA POLÍTICA DE POBLACIÓN.—
Ser, revista médicosocial, Madrid, 1943.

Examen de las tesis eugenésicas aplicadas a las circunstancias españolas. Los estudios eugenésicos no pueden basarse sólo en el conocimiento de las relaciones hereditarias de las personalidades, sino que hay que analizar simultáneamente el problema de la fecundidad de los enfermos. La mayoría de los enfermos mentales son menos fecundos que los sanos. Sólo un error de cálculo ha podido hacer creer en la supremacía biológica, desde el punto de vista de la fecundidad, de los enfermos mentales y, en especial, de los oligofrénicos. Hay otro aspecto del problema: no son sólo los factores biológicos los que presiden el curso de estos fenómenos. El instinto sexual se halla a merced de la vida del espíritu y la concepción del mundo le influye sobre la fecundidad, ya sea sana o enferma. En los enfermos mentales existe ya una especie de eugenesia espontánea, puesto que la propia enfermedad les priva de la posibilidad de procrear. Para lograr el mejoramiento cualitativo de una población se necesita el aumento cuantitativo. Más que medidas de protección estatal, se necesita un cambio en el sentido de la vida.



RECIENTES AVANCES EN LOS CONOCIMIENTOS DE LA SÍFILIS NERVIOSA.—Capítulo de la obra *Curso de lucha antivéne-rea*, publicado por la Jefatura Provincial de Sanidad de Madrid.

Revisión de conjunto. Se estudian especialmente los problemas de la constitución de los paralíticos, de la influencia de los tratamientos, de las relaciones genéticas entre la parálisis ge-

neral y las demencias seniles y preseniles, del cambio de fisonomía de la neurolúes, del problema de las preparálisis y de los avances en la terapéutica de la enfermedad.



SÍNTESIS MÉDICA.—*Neurología y Psiquiatría*, 1943-1944.

Esclerosis múltiple.—Pronóstico.—Fibrolisina y arsénico.—Vacuna.—Punciones lumbares. — Suero hemolítico.—Vitaminas.—Transfusiones de sangre.

Polirradiculitis.—Neuronitis, etiología.—Síndrome de Guillain-Barré.—Líquido céfalorraquídeo.

Penicilina en meningitis.

Cefalalgia febril.—Síndromes dolorosos en heridas de nervios.

Algias faciales.—Neuralgia del facial, del glossofaríngeo, del facial, simpatalgia facial, psicalgia facial.

Parálisis faciales.

Tratamientos intralumbares.—*Hipertermia artificial*.—Indicaciones de las vitaminas en las enfermedades neurológicas: tiamina, nicotamida, piridaxina, tocoferoles.

Epilepsia: al margen de la epilepsia; ataques sincopales vasomotores, tipos y clínica; ataques vegetativos de Pette.

Síntomas neurológicos hipoglucémicos, hipoglucemias espontáneas. Terapéutica.

Psiquiatría de guerra: psicosis, histeria, angustia y miedo. Tratamiento en las neurosis de guerra.

Aminas estimulantes: su acción; efectos en los diversos aparatos; dosificación; toxicomanía; indicaciones de clínica; contraindicaciones.

Insulinoterapia: ventajas de la insulina intravenosa; comparación con la subcutánea.

Electroschock: indicaciones; peligros; contraindicaciones.

Psicoterapia: narcoanálisis; óxido nitroso; resultados obtenidos con narcosis parcial.

Leucotomía: técnica; fisiopatología; psicopatología; indi-

caciones y contraindicaciones; ansiedad; agitación: contraindicaciones. Crítica.



AQUINESIA ÁLGERA, DISOPIA ÁLGERA Y ACATISIA.—*Revista Clínica Española*, año VI, tomo XVII, núm. 6, 30 de junio de 1945.

La aquinesia álgera es un cuadro de extrema rareza. En ella, el dolor se halla ligado al movimiento. Un movimiento del cuerpo, aunque sea pasivo, produce un dolor vivísimo. En el curso de un tratamiento mediante electrochoque, de un enfermo de depresión endógena, aparece un cuadro de aquinesia álgera. Se niega el carácter psicógeno de este síntoma, aceptado por todos los autores desde Erb hasta Curschmann. El autor se inclina a creer que se trata de alteraciones funcionales, y pone en relación la aquinesia álgera con el fenómeno de las llamadas «piernas intranquilas», que ha observado con mucha frecuencia en muchos tímopatas. Al mismo tipo de fenómenos pertenece la disopsia álgera, cuya naturaleza psicogénica también niega. La aquinesia álgera forma como el reverso de la medalla de la acatisia, que si bien fué descrita como fenómeno psicógeno, al principio, se acepta hoy día, sin discusión, su naturaleza orgánica, después de las experiencias recogidas en el parkinsonismo postencefalítico y en la encefalitis letárgica. No es posible atribuir todavía una localización determinada a los fenómenos citados. Quizá se trate de perturbaciones, en lugares diversos, de una correlación funcional amplia entre varios distritos anatómicos. La intervención del tálamo parece la más probable.



LA HISTERIA EN EL SIGLO XIX.—Conferencia en la Cátedra de Historia de la Medicina del profesor Laín Entralgo. Publicada en *Medicina Clínica*, año III, tomo IV, núm. 30, junio de 1945.

En los comienzos de siglo todavía flota la tesis helénica del origen uterino de la histeria, aunque ya Lepois, en 1618,

afirmó que la histeria también se presenta en el sexo masculino. Sigue luego la tesis cerebral de la histeria. Entonces los cuadros se describen especialmente en el comportamiento motor de los enfermos. Esta purificación etiológica trajo un inconveniente: al pensar que la histeria no era una enfermedad uterina, sino que afectaba también al hombre, pasó a segundo plano el cuadro, tan interesante en la clínica moderna, de la histeria visceral. Charcot llena la segunda parte del siglo. La histeria de Charcot es una histeria gigante, monstruosa, protésica. Pero sus enfermas descubrieron la gran verdad de la histeria: que no es una enfermedad neurológica, ni visceral, ni uterina, sino *psíquica*. La histeria deja de ser una neurosis para convertirse en una psiconeurosis. Muy interesante es el problema de los estigmas histéricos. En el curso de la historia los sellos diabólicos se convierten en estigmas corpóreos de la histeria, para acabar siendo estigmas psíquicos de la enfermedad. El triunfo de la palabra neurastenia se debe a la nueva consideración que difunde sobre el enfermo: éste se encuentra revalorizado como tal enfermo. A finales del siglo se vuelve a la tesis sexual de la histeria con el surgimiento del psicoanálisis; la histeria uterina se transforma en histeria libidinosa.



ENDOCISTOGRAFÍA Y PERICISTOGRAFÍA CEREBRALES. (En colaboración con M. Peraita).—*Revista Española de Cirugía*, tomo II, núm. 7, julio de 1945.

Conclusiones:

1.^a En la presente comunicación se exponen algunos hallazgos clínicos obtenidos al estudiar un quiste hidatídico del lóbulo frontal derecho de una niña de siete años.

2.^a Desde el punto de vista clínico, el resultado más notable lo constituye, sin duda, el modo de comienzo de la enfermedad y la evolución ulterior de los síntomas con que se inició ésta. La enfermedad comienza con la aparición, en forma de ictus, de una hemiparesia izquierda y varios accesos convulsivos.

3.^a Tanto la hemiparesia como los accesos desaparecen a los pocos días de iniciarse, sin que la enferma volviese a presentar en todo el curso del proceso el menor vestigio de tales manifestaciones.

4.^a Al intentar una ventriculografía se puncionó el quiste, obteniéndose una interesante representación cistográfica. La inyección de aire permitió que destacasen las vesículas contenidas en aquél, lográndose de este modo una imagen que los autores no han encontrado descrita en la literatura. Una imagen de este tipo evidentemente permite un diagnóstico de naturaleza del proceso.



PATOLOGÍA PSICOSOMÁTICA Y PATOLOGÍA PERSONAL.—*Medicamenta*, año IV, núms. 101-102, mayo-junio de 1946.

En los últimos tiempos se ha puesto de moda la expresión de «patología o medicina psicosomática», sobre todo en la medicina americana. Realmente, viene a plantear el mismo problema que hace unos decenios tenía planteado la medicina europea. La patología psicosomática americana, al incluir la existencia de factores psíquicos en la génesis de las enfermedades, ha recurrido, en primer lugar, a su demostración experimental, y, en segundo lugar, a su demostración estadística.

La patología psicosomática no agota el problema. La unidad de la persona humana es esencial y antecede a sus manifestaciones morbosas. No es lo mismo individuo que persona. La historia morbosa hay que hacerla de un modo biográfico. Se trata, en una palabra, de describir la línea melódica de la enfermedad. Ejemplo de una historia vista a la luz de la patología personal. Esta se halla en sus comienzos; su postura es tan arriesgada que forzosamente ha de sufrir los embates de la crítica. Pero mayor cuidado ha de tener con los peligros que dimanan de su propio frente interno. El esencial está constituido por la tendencia a las interpretaciones sin base clínica, pecado que cometió la medicina romántica.



EL PROBLEMA DE LA ENURESIS INFANTIL.—*Acta Pediátrica*,
año 1946

La enuresis puede servir de modelo para estudiar las direcciones actuales de la patología y su desarrollo histórico en los últimos decenios. Se rechazan las diversas interpretaciones que no tienen fundamento real, como la de atribuir la enuresis a una espina bífida oculta, a la sífilis, a la epilepsia, etc. La enuresis está en relación con la personalidad total, y se engendra por una desarmonía en el proceso de integración de los instintos. En todo enurético nos encontramos con la dialéctica urofílica y uropolémica. No existe una terapéutica clave de la enuresis, sino que es necesario analizar cada caso e individualizar el tratamiento.



ATAQUES EPILÉPTICOS Y NEURINOMA PERIFÉRICO. (En colaboración con F. Castro).—Entregado para su publicación en *Medicina Clínica*.

Se describe un caso de neurinoma del mediano con ataques epilépticos. Con cierta probabilidad se ponen en relación ambos hechos clínicos. Se analizan las características de esta relación y se señala el hecho, de gran interés, de la posible existencia de una epilepsia endógena y no hereditaria en sentido estricto.



SIRINGOMIELIA Y TRAUMA. (En colaboración con D. Morillas).—Entregado para su publicación en *Revista Clínica Española*.

Se analizan dos casos de siringomielia aparecidos después de un trauma. En ambos había una coincidencia temporal de los fenómenos y una coincidencia topográfica de trauma y síntomas siringomiélicos, limitados en dos casos a un brazo. En uno se desarrolló una neuritis ascendente. En contraste con éstos se describe otro caso, en el cual un trauma mínimo pro-

dujo una úlcera en un siringomiélico antiguo, sirviendo para descubrir la enfermedad, hasta entonces desconocida. Si se considera la siringomielia como una enfermedad disontogenética, no puede atribuirse un papel genético al trauma, sobre todo si éste es periférico; pero desde el punto de vista medicolegal, hay que tener una cierta cautela al juzgar estos casos. La escuela francesa se inclina a aceptar una etiología traumática en ciertos casos de siringomielia.



FORMA CENTRAL DE TROMBOENDANGITIS OBLITERANTE. (En prensa).

Se describen varios casos de forma central de tromboendangitis obliterante, diagnosticados clínicamente. El diagnóstico se basa en la coexistencia de síntomas centrales y síntomas periféricos vasculares. La capilaroscopia, la encefalografía y el examen de fondo ocular, conceden mayor firmeza al diagnóstico. El curso clínico es en brotes y demuestra crisis vasoespásticas en una larga fase de enfermedad. Los resultados terapéuticos fueron nulos. Se examinan los problemas de diagnóstico diferencial frente a otras enfermedades: esclerosis en placas, parálisis general, enfermedad de Pick, hipertensión, arterioesclerosis cerebral, etc. El trabajo se acompaña de una revisión de los conocimientos actuales de esta enfermedad, en su forma cerebral. Se trata de los primeros casos descritos en España.



ALTERACIONES PSÍQUICAS Y TRONCO CEREBRAL. (En prensa).

Se trata de la publicación, muy ampliada, de la lección de cátedra de las oposiciones a la Cátedra de Psiquiatría del año 1945.

Se pasa revista a los trabajos experimentales que tratan de atribuir funciones psíquicas a las estructuras mesodiencefálicas. Se analizan después los diversos síndromes descritos en clínica, como la manía quirúrgica de Foerster, el mutismo aquinético

de Cairns, el síndrome apático de Kretschmer, los síndromes de despersonalización, el caso de Beringer, así como las numerosas observaciones clínicas anteriores. Por diversas que aparezcan, estos síndromes tienen un fondo común consistente en la desconexión de las funciones centrales del yo, con sus contenidos. Las expresiones «yo sin fondo», «yo ahistórico», «yo despersonalizado», etc., manifiestan el mismo fenómeno. Las funciones diencefálicas son de carácter dinamogenizante, y los síndromes anteriores deben considerarse siempre como mixtos diencefalocorticales.

En un segundo capítulo se estudian las relaciones entre psicosis bien conocidas y las estructuras mesodiencefálicas. La encefalitis, la hipertermia diencefálica, la esquizofrenia, la psicosis maníacodepresiva, son analizadas en sus relaciones con el diencefalo.

En un tercer capítulo se examina el síndrome diencefálico de De Morsier, el cual se expone y se somete a crítica. A juicio del autor, existe un síndrome diencefálico autónomo, que abarca cuatro grupos de síntomas: neurológicos, endocrinos-metabólicos, viscerales y psíquicos. Se pone en relación el síndrome diencefálico con la timopatía ansiosa.

En las páginas finales se exponen las leyes generales de la patología diencefálica, la cual no es una patología sintomática al modo clásico, sino con acentuación estructural sintomatológica. Es, además, una patología de crisis. La diferencia entre patología funcional y patología orgánica, o mejor, patología de las funciones lábiles y de las formas constantes, debe buscarse en el estado postcrítico, ya que la sintomatología de las crisis suele ser idéntica. En el diencefalo se encuentran los instrumentos expresivos de la unidad de la personalidad. La patología personal no es tanto una patología de la unidad del ser, como de su singularidad o de su insularidad.

LIBROS

LO VIVO Y LO MUERTO DEL PSICOANÁLISIS. *Hacia una nueva psicoterapia.*—Editorial Miracle. Año 1936.

Prólogo del doctor Ramón Sarró.

Prólogo del autor.

I. *Fundamento del psicoanálisis. El inconsciente.*—La personalidad de Freud.—El trauma psíquico.—La catarsis.—El inconsciente.—Psicopatología de la vida cotidiana.—Olvidos, equivocaciones y torpezas.—Un poco de crítica.—Los ensueños y su simbolismo.—Unilateralidad de la interpretación psicoanalítica de los sueños.—Interpretación anagógica.—Crítica de la noción del inconsciente.

II. *La evolución del instinto sexual. El complejo de Edipo.*—La libido.—Desarrollo de la sexualidad.—La perversidad infantil.—El complejo de Edipo.—Negativa de su existencia. Su significación.—Erótica y sexualidad.—Valor existencial de los dos sexos.—Sexualidad y totalidad.

III. *Los herejes del psicoanálisis.*—El determinismo psíquico.—Sentimiento de inferioridad.—Ansia de poder.—La posición de Jung.—Los dos tipos psicológicos.—El inconsciente colectivo.—La mezcla de los tipos.—Las neurosis tardías.—Unilateralidad de las escuelas psicoanalíticas.—Filogénesis del inconsciente.—Lo irracional en el hombre.

IV. *Estructura de la personalidad. Más allá del principio del placer.*—La censura psíquica.—El yo.—El super yo y la conciencia moral.—El «ello».—El principio del placer.—El principio de la realidad.—Esencia del placer.—Impulso de repetición.—El instinto de la muerte.—Pérdida del empirismo.—El placer previo.—La economía de la libido.—Tipología psicoanalítica.

V. *El malestar en la cultura según el psicoanálisis.*—El problema espiritual del hombre moderno.—Concepción pesimista de la vida.—Fin de la vida.—Concepción dionisiaca; la soledad y los tóxicos.—Represión de la instintividad.—Las re-

ligiones.—El amor.—El problema de la cultura.—La comunidad humana.—Interiorización del instinto de agresión.—Super yo de una época cultural.—Antinomia vital.—Angustia de la existencia.—La cultura actual.—Teorías positivas y negativas del hombre.

VI. *Hacia una psicoterapia con nueva base antropológica. Esencia de la curación por el espíritu.*—Situación del psicoanálisis.—Psicoterapia política y religión.—La angustia.—Límites de la psicoterapia.—La transferencia.—La curación por el espíritu.—Psicagogía y psicósintesis.—Fuerza curativa del inconsciente.—Razón del método.—El ideal del «yo».—Unidad y trinidad de la personalidad.—Valor del psicoanálisis como técnica.—Misión fundamental del médico.

VII. *Arquitectura de las neurosis orgánicas.*—¿Crisis de la medicina?—Neurosis orgánicas.—El factor psíquico.—Causalidad y condicionalidad.—Psicogénesis.—Esquema de la elipse.—La función del socorro.—El determinismo orgánico.—La persona vital.—Plasticidad.—Somato y psicoterapia.

Bibliografía.

Índice de autores.



DISCURSO A LOS UNIVERSITARIOS ESPAÑOLES.—«Cultura Española». Año 1938.

Exordio.

- I.—Por qué no teníamos Universidad.
- II.—Del «uomo universal» al hombre fáustico.
- III.—El retorno a la cultura.
- IV.—La Universidad, alma de un humanismo español.
- V.—Por una Universidad imperial.
- VI.—¿Universidad teológica?
- VII.—La investigación como deber.
- VIII.—Raíz y cura de nuestro complejo de inferioridad.
- IX.—Autarquía de inteligencia.
- X.—La Universidad y las profesiones.
- XI.—Selección del profesorado.
- XII.—Técnica de la enseñanza.

XIII.—La universidad y su diáspora.

XIV.—Deporte, juego y milicia en la Universidad.

XV.—Intelectuales y humanistas.



NEUROSIS DE GUERRA. (Psicopatología de guerra).—Editorial Científico Médica. Barcelona-Madrid. 1942.

En esta monografía se exponen las experiencias de la guerra española. Con respecto a la concepción de los fenómenos histéricos, se discuten y se complementan las conocidas tesis de Kretschmer. En lugar de reflejo de inmovilización y tempestad de movimientos, se introducen las expresiones de «reacción de sobrecogimiento» y «reacción de sobresalto»; pero, en contra de Kretschmer, no se consideran como de igual valor biológico. La reacción de sobrecogimiento debe considerarse más que como un reflejo defensivo como procedente del instinto de entrega o de abnegación. En la reacción de sobresalto existe ya una tendencia teleoquinética. Por consiguiente, la primera reacción es más instintiva, más primitiva y menos noética que la segunda. Se analiza después la distribución de los síntomas en relación con el diverso valor fisiognómico de las mitades derecha e izquierda del cuerpo. La mitad izquierda del cuerpo está más en relación con el yo instintivo y la mitad derecha con el yo racional o noético, por lo que la reacción de sobrecogimiento y sus secuelas, las parálisis se presentan preferentemente en la mitad izquierda, y la de sobresalto, o sea los temblores, en la mitad derecha. Estas ideas han sido aceptadas por varios autores, entre otros, por el profesor Cruchet, que las comenta ampliamente en sus libros. Durante la guerra española hubo una menor frecuencia de neurosis que durante la primera guerra europea, lo cual guarda una íntima relación con la psicología del pueblo español. El índice del libro es el siguiente:

Capítulo 1.º—*La guerra como experimento psicológico*

La «circunstancia» en la guerra española.—Alteraciones de la memoria: olvido de nombres.—El «déjà vécu».—Tipismo

descriptivo.—El pánico del instinto.—La pretendida «Psicorrexis».—Neurosis pelagrosa.—Las psicosis y la guerra.—Las neurosis.

Capítulo 2.º—*Clasificación de las neurosis de guerra*

Una polémica fecunda: las tesis anatómica y psicológica.—Consecuencias legales.—Valor de las designaciones.—Clasificación.—Unión del cuerpo y del espíritu.

Capítulo 3.º—*Los mecanismos de las reacciones psicógenas de guerra*

Carácter y reacción histérica.—Ideas de Kretschmer.—El hábito histérico.—El «carboneo» histérico.—El signo de Schilder.—La serie aquinética.—Hipobulia e hiponoia.—Crítica de las ideas de Kretschmer.—Reacción de «sobrecogimiento» y de «sobresalto».—Crisis existencial: el «desmayo» histérico.—La defensa y la tendencia curativa.

Capítulo 4.º—*La fisonomía de la histeria de guerra*

Instinto, noesis y las dos mitades del cuerpo.—Sentidos próximos y remotos.—Reducción del campo visual.—El nivel nervioso.

Capítulo 5.º—*El espíritu del tiempo y el genio nacional en las neurosis*

Neurosis como enfermedad social.—Frecuencia de las neurosis.—El «timor belli» y otras emociones.—Escasez de neurosis en la guerra española.—Datos de psicología racial.—El alma española.

Capítulo 6.º—*Orgánico, funcional, neurótico*

Alteraciones de la personalidad.—Reacciones de fondo.—¿Existe o no lesión orgánica?—Poder plástico de la vivencia del herido.—«Corazón nervioso».—Neurosis orgánicas.

Capítulo 7.º—*Epitimia, autenticidad, simulación*

Reacción epítimica.—Autenticidad de la histeria.—Valor de la máscara.

Capítulo 8.º—*La situación terapéutica*

Profilaxis de las neurosis de guerra.—Los psicópatas.—Organización de servicios.—Medidas terapéuticas.—Experiencias en la terapéutica por el trabajo.

Capítulo 9.º—*Psicología de guerra*

Su programa.—Psicología de las masas y guerra.—Propaganda en la guerra.—Ejército y biología racial.—Selección de hombres.—Tareas militares.—Educación militar.—Aviación y psiquismo.—La conducción de la guerra.—Colofón.

Apéndice.—El dictamen caracterológico en la selección de mandos.

Índice bibliográfico.

Índice de autores.

Índice de materias.



MANUAL DE TERAPÉUTICA CLÍNICA. (Tomo I).—Por el profesor doctor M. Bañuelos. Editorial Científico-Médica. 1941.

Psicoterapia general

- I.—Introducción, definición e historia.
- II.—Correlaciones psicosomáticas.
- III.—Símbolo anímico y expresión orgánica.
- IV.—Clasificación de los métodos e indicaciones de su empleo.
- V.—Hipnosis.
- VI.—El entrenamiento autógeno y otros métodos análogos (Faquirismo psicoterápico).
- VII.—Sugestión y psicoterapia vigil.

- VIII.—Psicoterapia profunda. Introducción.
- IX.—La catarsis y el psicoanálisis.
- X.—La psicología individual. La dialéctica vital. Psicagogía. Psicoterapia antropológica.
- XI.—Psicología de los complejos (Jung).
- XII.—Psicoterapia del médico general.



MANUAL DE TERAPÉUTICA CLÍNICA. (Tomo III).—Por el profesor Bañuelos. Editorial Científico-Médica. 1944.

TERAPÉUTICA PSIQUIÁTRICA

I.—*Terapéutica psiquiátrica.*

La coyuntura terapéutica actual.—El activismo terapéutico y sus supuestos peligros.—El médico general y la psiquitría.—Profilaxis de las enfermedades mentales.—Higiene mental.

A) Profilaxis de las enfermedades mentales.

II.—*Asistencia psiquiátrica.*

Diversos tipos de establecimientos.—Formalidades legales para el ingreso en los mismos.—Alta precoz.—Asistencia postmanicomial.—El manicomio moderno. Su estilo de vida.—La terapéutica por el trabajo (laborterapia).

III.—*Terapéutica somática general.*

Alimentación. — Dieta. — Opoterapia. — Tratamiento de la agitación.—Hidroterapia.—Narcosis prolongada.—Alimentación de los enfermos mentales.—Curas dietéticas.

IV.—*Tratamiento de la epilepsia.*

V.—*Tratamiento de la psicosis maniácodepresiva.*

VI.—*Tratamiento de la parálisis general.*

VII.—*Alcoholismo.—Toxicomanías.*

VIII.—*Terapéutica de la esquizofrenia*

I. Tratamiento por el cardiazol.

Complicaciones y contraindicaciones

- II. Electrochoque.
Técnica.
 - III. Tratamiento con la insulina.
Técnica.
Peligros y complicaciones.
Insulina intravenosa.
Mortalidad.
Métodos combinados.
Indicaciones pronósticas. Curso de la curación.
Resultados.
Teoría.
Colofón.
- Apéndice: Leucotomía prefrontal
Fundamentos fisiopatológicos.
Indicaciones y contraindicaciones.
- I. Enfermos crónicos.
 - II. Enfermos fásicos.

IX.—*Tratamiento de las oligofrenias*
Índice de materias.



DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA GENUINA.—
Colección Española de Monografías Médicas. 1943.

Prólogo.

- Capítulo I.—El morbo epiléptico y los ataques convulsivos.
- » II.—La epilepsia genuina.
 - » III.—Diagnóstico hereditario de la epilepsia genuina.
 - » IV.—Arquitectura corporal y carácter de los epilépticos.
 - » V.—Modo de ser y demencia epiléptica.
 - » VI.—Morfología del ataque epiléptico.
 - A) Pródromos y aura.
 - B) Período convulsivo.
 - C) Período postacesional.
 - » VII.—Ataques rudimentarios y abortivos.

Capítulo VIII.—Síntomas psíquicos.

- » IX.—Alteraciones vegetativas y electroencefalografías.
- » X.—Variantes de los ataques
 - A) Epilepsia jacksoniana.
 - B) Epilepsia sensitiva.
 - C) Epilepsia extrapiramidal.
 - D) Epilepsia aquinética.
 - E) Epilepsia de Koshewnikoff.
 - F) Epilepsia coordinada.
 - G) Epilepsia mioclónica (Unverricht-Lundborg).
 - H) Epilepsia parkinsoniana.
 - I) Epilepsia laríngea.
- » XI.—Ataques afectivos y funcionales.
- » XII.—Ataques vegetativos (epilepsia diencefálica).
- » XIII.—Tratamiento.



LOS PROBLEMAS DE LAS ENFERMEDADES MENTALES. (Corrientes actuales del pensamiento psiquiátrico).—En prensa.

I.—PREÁMBULO.

- *El hombre enfermo de la mente*
Autonomía de la ciencia psiquiátrica.

II.—LOS CAMINOS DE LA INVESTIGACIÓN PSICOPATOLÓGICA.

El método fenomenológico. Comprender y explicar. La fenomenología de Husserl.—Las esencias originarias. Analítica existencial.—Analítica funcional. Principio de totalidad.—La angustia.—función y contenido: el intencionalismo clásico.—Problemas ontológicos.—Psicología de los elementos.—La escuela de Würzburgo.—La psicología de la forma.—El comportamiento categorial.—La «concreción esquizofrénica». *Psicofísica.*—*La experiencia psicológica: los test.*—*La eidética.*—*Personalística.*—*La psicología profunda.*—

La vida de los instintos.—La «catarsis».—Psicoanálisis y psicosis.—Otras discusiones.—*Psicología cultural. Tipología.—Carácter y fisiognómica. Las estructuras.—Colofón.*

III.—LAS DIRECCIONES SOMÁTICA Y BIOLÓGICA DEL PENSAMIENTO PSIQUIÁTRICO.

Localizaciones cerebrales y psiquiatría.—El tronco cerebral y las funciones psíquicas.—La tesis de Kleist. Localizaciones cerebrales y el principio de la indeterminación.—Localización de las funciones psíquicas.—La anatomía patológica.

La idea evolutiva en psiquiatría.

Psiquiatría biológica.—Psicobiología.

Conductismo y reflexología.—Las neurosis experimentales.

Genética psiquiátrica.—Método de estudio.—Pronóstico empírico.—Los gemelos en genética.—Herencia no mendeliana.—Higiene racial.

Constitución.

La investigación patofisiológica.

IV.—EL PROBLEMA CUERPO-ALMA.

Léxico y síntesis de la personalidad. La teoría de las tres capas.

V.—EL PROBLEMA CLÍNICO.

Concepto de enfermedad en psiquiatría.

Concepto de reacción.

Nosología clínica.—Reacciones y no enfermedades. Psicosis degenerativas y marginales.—Psicosis mixtas. Psicosis exógenas.—Psicosis orgánicas.—Personalidades psicopáticas.

Situación actual.—Análisis estructural.—Diagnóstico polidimensional.—Diagnóstico personal.—Historia clínica personal.

Patología psicosomática.

VI.—LA ENSEÑANZA DE LA PSIQUIATRÍA.

La función de la cátedra.—La enseñanza de la psiquiatría en la crisis de la medicina.—Sobre la economía en la enseñanza.

La formación del especialista y la investigación.

La enseñanza de la psiquiatría en los diversos países.

La personalidad del psiquiatra.

La organización de la cátedra.—La lección magistral.—El seminario.—La clínica universitaria.

Organización de la clínica.

La enseñanza de la neurología en su relación con la clínica.

Prólogo al programa —Programa de la asignatura.

Curso de patología psicosomática.

Curso especial sobre caracterología como fundamento de una psicoterapia integral.

VII.—APÉNDICE.

Las fuentes.

Historia de la psiquiatría en España.



LA PATOLOGÍA DEL SISTEMA NERVIOSO EN LAS ENFERMEDADES DE LA SANGRE. (En el libro *Nuevos aspectos de hematología*).—Instituto Médico Valenciano. Editorial Científico-Médica. 1942.

Exposición de conjunto de la patología del tema. En la clínica de las mielosis funcionales se hace especial hincapié en la interpretación de los síntomas sensitivos. En las psicosis se comenta la aparición de cuadros endógenos con esta provocación exógena, y se alude al tema de la psicosis única.



EXPLORACIÓN ELÉCTRICA. (Capítulo de la obra *Medicina exploratoria*, del profesor Vila Barberá Volumen II).—Valencia. 1934.

Resumen didáctico destinado a los alumnos de patología general del tema expresado en el título.



TIMOPATÍA ANSIOSA Y ANGUSTIA VITAL.—(En prensa.)

Constituye el trabajo de agregación para las oposiciones a la cátedra de Psiquiatría de la Universidad Central. Partiendo de las descripciones clásicas de la agorafobia de Wetsphal, se intenta delimitar de otra manera un cuadro clínico constituído por observaciones dispersas y encajadas en capítulos diversos de la psiquiatría. Una parte nuclear del mismo está constituída por la angustia; pero, a diferencia de las descripciones clásicas y psicoanalíticas de la neurosis de angustia, no se considera como tal neurosis, es decir, como un cuadro provocado psicógenamente o desencadenado reactivamente, sino como un cuadro endógeno. En la sintomatología de los timópatas, al lado de la angustia vital figuran los vértigos, muy característicos de los agorafóbicos y toda una serie de trastornos somáticos y vegetativos. En ella nos encontramos con alteraciones en la percepción del espacio y del tiempo que son sometidas a un depurado análisis fenomenológico. En los timópatas se hallan perturbados el espacio y el tiempo pático. La sintomatología vegetativa es muy curiosa. Muchos de los cuadros diagnosticados como de neurosis orgánica pertenecen también a este círculo morboso. Más sorprendente es la asociación de estos cuadros psíquicos con cierta sintomatología neurológica, hecho sobre el cual no se había llamado la atención hasta ahora. El calambre de los escribientes o el torticolis espástico constituyen buenos ejemplos de ello. Los ataques vasovagales no pertenecen tampoco, en sentir del autor, al círculo de la epilepsia, sino al de la timopatía.

Este conjunto de alteraciones debe referirse a una perturbación de la capa vital de la personalidad, la cual, hay que concebirla de un modo amplio. En ella existen ingredientes inscintivos, somáticoviscerales y afectivos. No hay que considerar la capa vital constituída por los sentimientos vitales solamente. Mejor que hablar de capa vital, es emplear la designación de estructura vital. Las alteraciones de la capa vital constituyen el gran círculo timopático, en el cual deben incluirse:

a) *La melancolía endógena y las manías endógenas.*—En ellas, la alteración acaece en torno al polo tristeza o alegría vital.

b) *La timopatía ansiosa*.—En la cual las alteraciones acaecen en torno al polo de la angustia vital, que no es la angustia reactiva ni la angustia existencial. La angustia reactiva es la de las neurosis. La angustia existencial es la engendrada ante la muerte, según las interpretaciones de Kirkegaard y Heidegger. La angustia vital no se siente ante la muerte, según demuestra la experiencia clínica, sino lo que siente el sujeto es la vivencia de la disolución de la personalidad y la angustia ante ella (miedo a volverse loco, a perder el control de sus actos, etc.).

c) *Las diencefalosis*.—Este nombre hay que reservarlo para las alteraciones vegetativas de origen central, excluyendo las acompañantes de los cuadros insertos en los apartados anteriores.

d) Ciertas formas de *astenia*, hasta ahora incluídas en la psicopatía asténica o en la neurastenia constitucional.

Un carácter general de todos estos síndromes es la de presentarse de un modo fásico. Se trata de síndromes endógenos y con una clara herencia, probablemente de tipo dominante. En este trabajo se emite, además, la hipótesis de que todas estas alteraciones se hallan en relación con perturbaciones en las regulaciones diencefálicas. Los estudios de Hess, conocidos por el autor posteriormente a la comunicación de sus primeras observaciones, demuestran la existencia de una motilidad diencefálica con caracteres especiales, que llama ereismática. En sus gatos, obtiene, por excitaciones diencefálicas, cuadros de torticolis. Las investigaciones experimentales y clínicas de los últimos años han demostrado la intervención del diencefalo en la regulación de las funciones psíquicas.

Las investigaciones del autor se han extendido al terreno terapéutico. La psicoterapia tiene un cierto papel, pero reducido. Se trata de perturbaciones somatógenas que necesitan terapéutica somática. Con terapéutica de *schocks* vegetativos se obtienen resultados sorprendentes. La experiencia del autor y de su clínica, mediante la administración de acetilcolina intravenosa, alcanza a millar y medio de casos.

SERVICIO HOSPITAL PROVINCIAL.

CLÍNICA NEUROPSIQUIÁTRICA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DE MADRID

Al hacerme cargo del servicio de neuropsiquiatría del Hospital Provincial, en virtud de las oposiciones celebradas en el año 1944, me impuse la tarea de la transformación progresiva del servicio. Era la condición mínima para hacer honor a la gloriosa tradición del mismo, por los nombres que lo habían regentado. El servicio concedió, desde el primer momento, más atención a las enfermedades neurológicas, esforzándose en tener una sección de régimen abierto en la medida de lo posible. Una intensa actividad en la policlínica y en la terapéutica han permitido descargarle de numerosas asistencias. Próximamente se publicarán los datos estadísticos por mi colaborador el doctor Ortega. Gracias a la munificencia de varios donantes, se han mejorado las instalaciones: un aula, donde tenemos las sesiones clínicas y se dan cursos regulares; una instalación de radiodiagnóstico, una cámara piretoterápica, etc. (1). Por iniciativa de la clínica, se han construído algunos otros aparatos de examen e investigación. Con todo ello, la actividad de la clínica ha crecido día a día. Para dar una muestra de ello, se refieren aquí las sesiones clínicas. La referencia no es completa, pues se omiten una serie de trabajos próximos a publicarse, procedentes de la misma. Quiero testimoniar públicamente mi agradecimiento a mis colaboradores, algunos ya en plena autonomía, que con su vocación e inteligencia han contribuído decisivamente a las actividades de la clínica del Hospital, ahora, y de la cátedra y policlínica de San Carlos, antes: doctores Vela del Campo, Pe-

(1) Debo consignar aquí mi agradecimiento a D. Pablo Garnica y D. Carlos González Bueno, a quien se deben estos generosos donativos.

raita, Llopis, Morillas, Torres, Olivares, Castilla, Ortega, Malabia, Gil, Heredia, Coullaut, Turina, María L. Herreros, Alberdi, Escudero, Varela de Seijas, Echalecu, Guera, Rosado.

Sesión del 2 de junio de 1944

DR. MALABIA: *Anatomía patológica de la esquizofrenia.*

Refiere los trabajos realizados junto con el Dr. Broseta en el Instituto del Prof. Minkowski, en Zurich. Han estudiado las lesiones en un caso de catatonía, las cuales se han mostrado como reveladoras y muy interesantes. Se observan lesiones de las neuronas, del sistema vascular y de los elementos de sostén. Particularmente importante son las lesiones celulares, en donde hay un aumento del lipopigmento y de las alteraciones vasculares, con un ensanchamiento del espacio de Virchow-Robin, las cuales, a juicio del informante, constituyen el fundamento para la interpretación de la lesión. Creen que la lesión por ellos analizada se puede conceptualizar como un caso de inflamación serosa del cerebro.

PROF. CASTRO: Ha examinado las preparaciones de los doctores Malabia y Broseta, y, a su juicio, el hallazgo, indiscutiblemente patológico, es el aumento del lipopigmento. Llama la atención sobre la cautela necesaria en las interpretaciones de estas lesiones.

PROF. LÓPEZ IBOR: Hace un breve resumen del estado actual de la anatomía patológica de la esquizofrenia. Hasta el momento actual no se han descrito lesiones específicas de la enfermedad. Es distinto el problema de la anatomía patológica de la esquizofrenia que el de la catatonía propiamente dicho. En ésta se pueden encontrar lesiones muy parecidas a las de la tumefacción cerebral. A su modo de ver, la introducción del concepto de inflamación serosa en la anatomía patológica del sistema nervioso posee un gran interés.

PROF. LÓPEZ IBOR: *Aquinesia álgera, disopsia óptica y acatisia.*

Refiere un ejemplo clínico, descrito por Moebius con el nombre de «aquinesia álgera». En todas las descripciones se considera como una neurosis y como desencadenada psicogénicamente, pero a juicio de López Ibor no se trata de una neurosis en sentido estricto, sino de alteraciones funcionales. En su caso apareció, en pleno tratamiento con electroshocks, en un enfermo depresivo. Los dolores inmovilizantes del enfermo fueron curados con nuevas aplicaciones de electroshocks, habiendo fracasado todo otro género de medidas.

Examina después el primitivo concepto de acatisia de Haszkovec. Existen diversos tipos de la misma, pero si bien se consideran los hechos, se tratan como el reverso de la medalla de la aquinesia álgera. Refiere algunos casos, en los que la acatisia se presentaba junto a la sensación de estar en vilo. Se trataba de enfermos vasculares, con lesiones difusas, y, por lo tanto, que no permitían establecer la localización de estos trastornos. Finalmente, refiere unos casos de auténtica disopsia álgera, que también las ordena en el mismo tipo de trastornos. Se trata de alteraciones funcionales del sistema nervioso, no psicógenas, a cuyo estudio se ha concedido poca atención hasta el presente.

Sesión del día 13 de octubre de 1945

DRES. CASTILLA DEL PINO y ESCUDERO: Presentan tres enfermos, hermanos, con una *parálisis espástica de tipo Erb*; en la sintomatología se encuentra una participación de los haces espinocerebelosos con pie excavado en uno de ellos. Se discute la unidad sindrómica de las degeneraciones sistematizadas de la médula y se consideran dichos casos como una aportación a la tesis de Curtius, que establece formas de transición, dentro del «status disráphicus», entre la esclerosis lateral amiotrófica, la atrofia muscular espinal progresiva, la parálisis espinal espástica y, por último, la heredoataxia cerebelosa de Marie y Friedrich.

DRES. LLOPIS LLORET y ESCUDERO ORTUÑO: *Sobre un cuadro clínico peculiar de «delirium tremens».*

Presentan dos casos de *delirium tremens*, que ofrecen un cuadro similar y extraordinariamente coincidente. Se trata de dos enfermos, de constitución somática pícnica, de cuarenta y seis y cincuenta y dos años, respectivamente; que abusaban de la bebida desde hacía mucho tiempo y que habían sufrido ataques epileptiformes. En ambos casos existían las típicas alucinaciones zoológicas, múltiples y movibles; las alucinaciones mágicas (*Vexierhalluzinationen*), descritas por Bonhoeffer; la visión de hilos, etc. Pero la peculiaridad que mostraban era, sobre todo, una cierta elaboración y sistematización delirante de sus contenidos pseudoperceptivos. El núcleo fundamental del delirio era la infidelidad de la mujer, delante del propio enfermo, con múltiples hombres de idéntico aspecto («moros» en un caso y «militares» en otro), que desaparecían en cuanto el enfermo trataba de cogerlos. Todos los demás elementos pseudoperceptivos no representaban más que elementos accesorios en el delirio: aquellos hombres utilizaban los pequeños animales y los hilos o gomas para la realización de sus fines. Respecto al curso, pueden diferenciarse, en ambos casos, tres períodos: Primer período, alucinatorio o productivo; segundo período, residual, en el que ya no existen alucinaciones, pero se sigue creyendo en la realidad del delirio, y el tercer período, terminal, en el que el enfermo rectifica completamente sus errores. Para llegar a esta rectificación, uno de los enfermos tuvo que comprobar que no existían señales, en las paredes de su casa, de los agujeros por donde creía que entraban los animales y los hombres. Es lo más probable que la elaboración y sistematización del delirio no se produzca más que en el período residual, en el que, por estar más despejada la conciencia, es mayor la necesidad de una explicación coherente de las vivencias alucinatorias.

DR. MORILLAS: Duda de la etiología puramente alcohólica de los ataques convulsivos en uno de los enfermos. Propone investigación con el psicodiagnóstico de Rorschach para buscar los posibles rasgos enequéticos que no se revelan en el *rapport*.

superficial, eliminando así la posibilidad de una epilepsia genuina con episodios alucinatorios propios del estado crepuscular.

DR. VARELA DE SEIJAS: Subraya el interés de los casos presentados, por la coincidencia de observarse en los dos un cuadro tan análogo, no coincidiendo enteramente con los cuadros típicos de *delirium tremens*. Insiste en las peculiaridades de ambos, considerando de mucho interés el estudio de la elaboración ulterior del delirio, el tránsito por lisis del período delirante a la normalidad y la conservación de un recuerdo claro y vivo de los fenómenos alucinatorios.

Sesión del 13 de noviembre de 1945

DR. OLIVARES: *Un caso de probable esquizofrenia tardía.*

Se trata de una enferma de setenta y siete años, hipertensa, que parece su psicosis actual desde hace nueve meses. Anteriormente padeció otros dos períodos psicóticos; el primero, no reconstituído en sentido diagnóstico, hace más de treinta años; el segundo, que se presentó hace cuatro años, tenía un acusado tinte melancólico. Actualmente presenta una alteración del sentimiento de la propia actividad, con un sentimiento de influencia. Muchos impulsos los siente como totalmente extraños a su manera de ser: comer sin tener apetito, deseo de matar a su hija y a sus nietos, etc. Ha tenido algunas falsas percepciones de la esfera visual. No se observa un déficit intelectual o mnéstico, que obligue a admitir la existencia de un proceso destructivo demencial. Es posible que se trate de una esquizofrenia tardía, en cuyo desencadenamiento hayan intervenido diversos factores: la involución senil, lesiones arterioescleróticas, etc. No hay que perder de vista que quizá los diversos síndromes esquizofrénicos no sean más que diversas reacciones.

DR. LLOPIS: Cree que se debe orientar el diagnóstico de esta enferma en el sentido de una melancolía, cuyo contenido venga coloreado por su componente senil o arterioesclerótico.

DR. OLIVARES: Se opone a este criterio, diciendo que las depresiones en estas edades suelen tener un matiz marcadamente angustioso, que en esta enferma no existe.

PROF. LÓPEZ IBOR: Cita una observación personal, y, a propósito de ella y del caso que se discute, señala cómo hay psicosis funcionales que en el curso ulterior se transforman en psicosis orgánicas; ocurriría un fenómeno parecido a aquellas crisis de angina de pecho, que comienzan siendo funcionales y acaban por tener un *substratum* orgánico.

DR. LLOPIS LLORET: *Un caso de pelagra secundaria alcohólica.*

Presenta un caso de un bebedor, que ingresa en la clínica con el cuadro de un *delirium tremens* asociado con síntomas típicos de pelagra. Entre el *delirium tremens* alcohólico y el *delirium acutum* pelagroso, es difícil, a veces, hacer un diagnóstico diferencial, especialmente cuando, como en este caso, existe una asociación de alcoholismo y de pelagra. En este caso, en el que se trata de una pelagra secundaria alcohólica, el cuadro psicótico inicial es el de un *delirium tremens*, como demuestra, sobre todo, la facilidad con que se sugieren al enfermo alucinaciones ópticas y táctiles. Pero más tarde, cuando desaparecen las manifestaciones del *delirium* alcohólico, el enfermo no recobra su normalidad psíquica, sino que persiste un estado confusional, en el que ya no pueden sugerirse alucinaciones. Las alucinaciones espontáneas ofrecen ahora los contenidos característicos de la psicosis pelagrosa: sensación de que caen gotas de agua sobre su piel, percepción de humo y de llamas, de bichos raros, que, contra lo que sucede en el *delirium tremens*, suelen tener un gran tamaño (toros y fieras, en este caso). En resumen, se trata de una pelagra secundaria alcohólica, cuyo cuadro psicótico se inicia con un *delirium tremens* y se continúa con un delirio típico de la psicosis pelagrosa.

DR. ESCUDERO ORTUÑO: *Dos casos de corea de Huntington.*

El primero se trata de una mujer casada, de treinta y dos años, con un cuadro de hiperquinesias de tipo coreico y una

demencia orgánica, todo lo cual se inició hace dos años; se hace un diagnóstico probable de dicha afección, aunque se está pendiente de algunas exploraciones complementarias y de algunos antecedentes importantes del círculo familiar. No es frecuente que la demencia de Huntington empiece a la edad de esta enferma; sin embargo, el cuadro primitivo se ha ampliado de tal manera, que su presentación en una persona joven no excluye el diagnóstico. El segundo enfermo plantea un interesante problema de diagnóstico diferencial, con la parálisis general progresiva; ya ha sido diagnosticado en otras clínicas de esta última afección y como tal ha sido tratado. La falta de trastornos pupilares, la limpieza absoluta del líquido céfalorraquídeo, varias veces investigado, que, a pesar de haber sido paludizado el enfermo debía tener algún vestigio, aunque fuese ligero, de su proceso paralítico; los trastornos de coordinación del lenguaje, que no son los típicos de la P. G. P.; la ausencia de manifestaciones demenciales graves de tipo paralítico, etc., nos obligan a rectificar este diagnóstico. El enfermo, que viene sufriendo su proceso desde hace cinco años, encontrándose ahora en el quinto decenio de su vida, sólo presenta una sensación, que él llama de «acorchamiento cerebral», un ligero déficit de memoria y una sensación de dificultad al abrir la mano cuando la tiene algún tiempo cerrada. En la enfermedad de Huntington hay formas abortivas o atípicas que hacen ampliar el grupo a casos que no presentan movimientos coreicos. Pero lo de más valor para orientar el diagnóstico es la presentación en la familia de dos casos (la madre y una tía del enfermo), que murieron con un cuadro típico de corea de Huntington, que confirman la dominancia de la afección en estos casos.

Sesión del día 28 de octubre de 1945

SR. PÉREZ MARTÍNEZ: *La percepción del paisaje por los ciegos.*

Advierte en primer lugar el conferenciante, que no se va a referir al ciego masa, sino a un tipo cualificado, cuyo repertorio vital está bien encuadrado fuera del mundo. El está afec-

to de ceguera congénita y va a referir sus propias experiencias.

Realmente es inexplicable cómo hay gente que no comprende cómo el ciego pasa por la vida en actitud de combate y defensa. Por lo general, se les considera como pobres inútiles, más dignos de compasión que de otra cosa, de modo que el ciego encuentra obstaculizada la defensa de su propia vida. Para comprenderlo exactamente, hay que partir del hecho de que el ciego no viene en actitud de recepción, sino de combate, de conquista.

Freud, Adler, Jung., etc., nos han expuesto una serie de sistemas vitales, de los que podemos escoger el sentido adleriano como el único que se adapta explicativamente a la existencia del ciego; el complejo de inferioridad en el ciego depende de una infravaloración del medio que le rodea.

El conferenciante no comparte la opinión de Nietzsche sobre la compasión; ésta sólo puede ser comprendida desde un punto de vista cristiano; se trata de un valor en el sentido de Scheler, que sólo los santos poseen. Mas para el ciego, la compasión es algo mortificante.

Se ocupa de la situación del niño ciego y analiza el carácter de sus juegos. Evidentemente, el niño ciego está rodeado de un ambiente donde las personas mayores le rodean con ternura; pero no es estímulo lo que de ellas recibe, sino compasión; su ambiente es francamente negativo. El niño permanece sentado en su puerta oyendo cantar los pájaros; está incapacitado para alternar en los violentos juegos de los otros niños, escuchando constantemente el «tú no puedes» de familiares y amigos; aquéllos le retienen en casa para evitar que sirva de mofa o de víctima. Pero el niño ciego puede, evidentemente, desarrollar el juego a base de una supereducación de otras esferas sensoriales, que le permitan su captación del espacio. Merced al proceso de esta supereducación, el ciego de nacimiento es más valioso socialmente que el que sufre la ceguera en la adultez, porque en éste la supereducación es mucho más difícil.

Pero no se crea que el niño ciego va adquiriendo en su desarrollo psicológico rasgos de resentido. Estos no son la norma en los ciegos. Puede haber ciegos resentidos, como hay hombres ordinarios resentidos también; pero el ciego es normal psi-

cológicamente. Ahora bien, en su existencia tiene que pesar el hecho trágico de su aislamiento; esto le sirve para dramatizar la vida, cosa, por lo demás, perfectamente normal, que sólo los idiotas no sufren. Por otra parte, tampoco es un sér apático y taciturno, sino todo lo contrario; su simpatía y don de gente es la mejor arma de combate con que cuenta. El niño ciego es nunca un introvertido, porque sus percepciones visuales han de de forjarse a base de la intuición, combinado con un disciplinado adiestramiento del resto de lo sensorial; y éste sólo puede realizarse a base de establecer un buen contacto con los demás. El niño ciego es fino, delicado y manso por naturaleza.

Dice Schopenhauer que los ciegos tienen la visión más honda y sutil del paisaje. El paisaje puede verse de dos maneras: la interior y la exterior. La visión es un sentido tiranizador que domina e impide matizar y percibir las sensaciones de las restantes esferas sensoriales. La visión nos impide, por ejemplo, vivenciar bien los aromas, como lo hacen los ciegos, cuya potencia es enorme para construir vivencias en su psique. Y lo mismo se puede decir de las sensaciones acústicas. Por ejemplo, se puede conocer perfectamente el paisaje con las descripciones musicales de Debussy y de Ravel.

El ciego-niño oye comentar con metáforas el color: «Blanco como una paloma», «pálido como un cadáver», «rojo de ira», etcétera. La palidez del cadáver se siente por el ciego como la sensación que se experimenta ante la muerte; el ciego no podrá explicarlo exactamente, pero lo siente e intuye. La palidez de la luna le trae a la conciencia aromas, serenidad, calma de la noche, etc. Estas sensaciones se encargan de dar «el tono» del color, aparte de que el ciego construye y perfecciona estas intuiciones. Nos encontramos, pues, ante una auténtica visión interior del paisaje, que es la única que puede tener el ciego. Cita a continuación otros muchos ejemplos, por los cuales demuestra cómo un ciego puede vivenciar un color al ponerle en relación con otros estímulos sensoriales que coincidan en él en un momento dado. No todo se debe, ciertamente, a la visión, y el que carece de ella cuenta con recursos para poderla suplir, acaso con ventaja. Nadie como el ciego siente la diferencia entre el aroma de la mañana y de la tarde, el aroma de la brisa de un día de niebla y el de la de un día de sol.

Sesión del día 6 de noviembre de 1945

DR. VARELA DE SEIJAS: *Estudio clínico de un psicópata homicida.*

A propósito del reciente crimen ocurrido en esta ciudad, seguido del suicidio del victimario, refiere la historia clínica de este individuo, desde hace varios años paciente suyo, el cual tenía muy acusados rasgos hipertímicos, en cuya preponderancia eran, de vez en cuando, sustituidos por rápidas fases subdepresivas. Estudia las características del crimen perpetrado y señala la relativa rareza de esta clase de sucesos en la curva vital de este tipo de psicópatas.

PROF. LÓPEZ IBOR: Es el mismo problema clínico y asistencial que nos presentaba un sujeto en una de las sesiones anteriores. La responsabilidad del psiquiatra, aunque evidente, no hay que supervalorarla. En la profilaxis del crimen nuestra colaboración es útil, pero no exclusiva; el problema se desenvuelve más dentro de lo jurídico que de lo puramente médico.

DR. VARELA DE SEIJAS: *Sobre la influencia de los trastornos del sueño en la producción de ataques convulsivos.*

Se ocupa de sus observaciones del personal que trabaja en ferrocarriles, algunos de los cuales, cuando por necesidades del servicio sufren vigiliadas prolongadas más de veinticuatro horas, presentan unos ataques epilépticos, aislados y esporádicos, que desaparecen cuando el ritmo entre la actividad y el reposo se desarrolla con normalidad. Todo ocurre como si la falta de sueño desinhibiera los factores que normalmente inhiben la producción de ataques epilépticos. Señala que nuestro desconocimiento sobre el mecanismo de la función intrínseca del sueño hace que no nos fijemos bien en las consecuencias que acarrea su alteración. También ha observado una acusada tendencia a la perseveración en los exámenes psicotécnicos de individuos normales que, por condiciones de realización de los mismos, eran

practicados después de un viaje que había impedido el sueño la noche anterior. Recientemente ha aparecido en la bibliografía un trabajo de Schultze, que observa parecidos hechos en los soldados en campaña, registrándose verdaderas epidemias epileptiformes, cuya causa no es psicógena, sino que hay que atribuir la mayormente a los estados de ponosis.

DR. LLOPIS LLORET: Estima muy interesante esta comunicación, haciendo hincapié en la importancia de los trastornos del sueño. Estos trastornos, en frecuentes ocasiones, son el primer síntoma de una psicosis de comienzo insidioso; pero aparte de esto, cree que no se puede despreciar la posibilidad de que cuadros psicóticos leves obedezcan a esta exclusiva etiología, e incluso que dichos trastornos desencadenen disposiciones endógenas.

PROF. LÓPEZ IBOR: Se refiere a los ataques sincopales vasovagales observados en el Ejército alemán al comienzo de la guerra, en cuya producción intervenía evidentemente, el insomnio. Aunque no es frecuente, admite la posibilidad de que los trastornos del sueño influyan en el ritmo de los ataques en los epilépticos genuinos. En los individuos que toman aminas sintéticas no es lo más frecuente observar ataques epilépticos, sino los trastornos de la conciencia; ahora bien, la presentación de los ataques, en relación con la agripnia, debe hablarnos de una predisposición constitucional.

PROF. LÓPEZ IBOR: *Sobre el síndrome diencefálico.*

Presenta un enfermo, el cual muestra, en primer lugar, unas alteraciones constitucionales de la personalidad de tipo psicopático, coincidiendo con unas cefaleas que aqueja durante casi toda su vida. A partir de hace ocho meses desaparecen las cefaleas y se instaura una agripnia pertinaz, crisis sudorales profundas hemilaterales; y junto con todo esto, una sintomatología psicótica, consistente en estados crepusculares, poriomanía y breves ataques del tipo de la ausencia epiléptica; además, crisis vasovagales (accesos de epilepsia funcional) y algunos tras-

tornos de la sensibilidad, pocos ilustrativos. Haciendo un diagnóstico previo de la personalidad psicopática (rasgos hipertímicos y algunos propios del carácter histérico), nos queda la filiación nosológica a todos estos trastornos que recientemente se vienen sucediendo en el enfermo. Hace en este sentido un estudio detenido de la sintomatología actual, y los considera a todos ellos como componentes de una diencefalosis. Señala cómo para determinar dicho síndrome pueden converger en este enfermo dos tipos de causas, ante las cuales este síndrome se nos presenta como algo reactivo; en primer lugar, lo puramente orgánico y endógeno; en segundo lugar, la existencia de factores psicógenos, que en este enfermo adquieren mucho relieve. Se refiere, por último, a la relación que con éstos guardan los sujetos pertenecientes al círculo timopático.

DR. LEY: Insiste sobre la riqueza de sintomatología vegetativa que presenta este enfermo, y coincide con el Dr. López Ibor en atribuirles una radicación diencefálica.

DR. ROF CARBALLO: Lo que más destaca en el enfermo son sus crisis, sus fugas y sus sudoraciones; cree indispensable una exploración de glucemia, a los trastornos de la cual se puede radicar su sintomatología, aunque resulta bien ostensible el fondo diencefálico de sus alteraciones.

DR. VARELA DE SEIJAS: Recuerda los síntomas de este tipo que presentan las embarazadas, con los que, además, coexiste la hipoglucemia del embarazo. En este enfermo cree que la hipoglucemia puede ser una manifestación de su diencefalosis.

PROF. LÓPEZ IBOR: Aunque lo cree posible, *a priori*, no se inclina a atribuir la sintomatología a causa hipoglucémica. En primer lugar, la sintomatología psicótica del enfermo es mucho más grave y aparatosa de lo que cabría atribuir a las causas que venimos debatiendo; pero, además, en su presentación no se guarda relación alguna con la ingestión de alimentos, detalle muy a tener en cuenta en las crisis hipoglucémicas, cuya presentación ocurre en los momentos más alejados de la última in-

gestión, como son las primeras horas de la mañana. (Una investigación ulterior demostró la no influencia de las cifras de glucemia sobre las crisis.)

Sesión del día 15 de noviembre de 1945

DR. MARTÍNEZ DÍAZ: *La angiografía de los glioblastomas multiformes.*

El problema diagnóstico de los tumores cerebrales tiende a resolverse de un modo definitivo. Dandy, en 1918, aporta con la ventriculografía un medio de gran valor diagnóstico para localizar esta clase de tumores, sobre todo los intra y paraventriculares. Pero más importante todavía es la angiografía cerebral, del eminente neurólogo portugués Prof. Egas Moniz, descubierta en 1927, porque con este método, no solamente se localizan las neoplasias alojadas en distintas áreas cerebrales, sino que, en muchos casos, se llega a enjuiciar el tipo de variedad tumoral, por el aspecto arterioflebográfico que nos ofrece su irrigación; juicio diagnóstico que el estudio anatomopatológico viene a confirmar.

La técnica de la angiografía es sumamente fácil, pues con inyectar 8 c. c. de Urorotrat en la carótida primitiva y lograr tres placas radiográficas, es lo suficiente para obtener: en la primera placa (arteriografía), el aspecto arterial de la carótida interna y sus ramas dentro del cráneo; en la segunda placa (flebografía de primera fase), las venas superficiales, y en algunos casos el tránsito de la sangre de los capilares arteriales, hacia los venosos, y, por último, en la tercera placa (flebografía, segunda fase), nos mostrará el sistema venoso profundo y los senos de la duramadre.

Las desviaciones de los troncos vasculares pueden indicar la localización de un oma.

Huelga el pretender establecer un parangón entre los métodos diagnósticos citados, porque si bien con el de Dandy se obtienen buenos resultados, no deja de tener sus peligros, habiendo estadísticas que arrojan un 10 por 100 de mortalidad.

mientras que con la angiografía se obtienen excelentes resultados y es completamente inocua para el enfermo.

Los glioblastomas multiformes (G. M.) ofrecen varias características angiográficas. Egas Moniz apuntó el «aspecto en cabellera»; así llamado, por encontrarse los vasos estirados y orientados hacia atrás, como se fueran cabellos peinados en seco.

Tönnis ha descrito varios casos de G. M. con comunicaciones arteriovenosas.

Generalmente, la mancha angiográfica de los G. M. desaparecen en la primera flebografía.

Comparando los estudios de Elsberg, realizados en cortes anatomopatológicos y los angiográficos del Prof. Lima, se llega a la conclusión de que en muchos G. M. existe un predominio de circulación periférica. Nosotros, además de este tipo, hemos encontrado angiográficamente, y confirmando, en la pieza anatómica varios casos de G. M. con una vascularización más intensa en el centro que en la periferia. Además, presentaban vasos cortos, distribuidos de un modo anárquico y circunscribiendo a la mancha angiográfica un halo periférico, que pensamos corresponderá a la zona de necrosis tumoral.

El diagnóstico angiográfico de los G. M. es de gran interés neurológico, y quizá aun más para el paciente, ya que si nos encontramos ante un G. M. de grandes proporciones e infiltrante, es preferible una terapéutica no quirúrgica; mientras que si hemos comprobado la existencia de un tumor bien delimitado, con características angiográficas de G. M., aconsejamos la extirpación, pues en uno de los casos estudiados por nosotros en el servicio neurológico del Prof. Egas Moniz, de Lisboa, tenía un historial clínico de ocho años de evolución.

Sesión clínica del día 4 de diciembre de 1945

DR. MORILLAS: *Siringomielia y trauma.*

Presenta un enfermo de treinta y cinco años, soltero. Sufre una herida en un mano de cicatrización tórpida. Nota el enfermo que la otra mano comienza a adelgazársele, con pérdida

de fuerza. Ha sufrido varias quemaduras por cigarros sin darse cuenta; dice el enfermo que resiste el agua muy caliente sin ninguna molestia. A la exploración presenta manos amiotróficas en garra, con disociación de la sensibilidad típica de sustancia gris central. No existen lesiones de sustancia blanca que den signos piramidales. Se trata de un caso de siringomielia, que no presenta ningún problema diagnóstico. Refiere otro caso de un enfermo que planteaba una cuestión médicolegal en el que se desechó la etiología traumática de la siringomielia. Se refiere al *status dysraphicus*, de Bremer, el cual no se puede admitir de una manera absoluta. Hay que admitir la posibilidad de un factor desencadenante exógeno, que aceptan hasta los más acérrimos partidarios de la disrafia. En rigor científico, y por su repercusión social, hay que admitir por ejemplo, el traumatismo como causa ocasional. Se refiere a Guillain y otros autores, que hablan en favor de las causas exógenas.

DR. CASTILLA: Como caso típico, presenta otro enfermo con siringomielia.

DR. VARELA DE SEIJAS: Este último enfermo presenta un panadizo anestésico de Morgan de larga evolución. Se refiere al problema de la infección como secundaria a la siringomielia. A propósito del primer caso, señala la importancia de explorar la sensibilidad en los heridos crónicos.

DR. TORRES LÓPEZ: Alude al problema de que la infección repercuta en la médula provocando una gliosis secundaria, no por propagación sanguínea, sino por propagación nerviosa.

PROF. LÓPEZ IBOR: En realidad, se hace difícil concebir cómo un agente exógeno puede determinar una siringomielia; pero no hay más remedio que pensar en la aparente influencia de dicho agente. Si se admite que antes de la acción de la noxa exógena el individuo era ya siringomiélico, no hay manera de resolver el problema, aunque tenga a su favor la admisión de una neta endogeneidad etiológica. La posibilidad de la influencia trófica a que alude Torres es actualmente un auténtico enigma. Respecto al problema legal, aunque no se admita un lazo

científico claro entre traumatismo y siringomielia, actualmente no se pueden admitir argumentos rotundos en contra, y es posible admitir que esta relación se encuentre alguna vez, dada la sucesión cronológica de los hechos.

DR. ORTEGA: *Esquizofrenia y capacidad de invención.*

Presenta un enfermo de treinta años que, desde hace más de diez, viene sufriendo su proceso psicótico, el cual presenta de particular una abundante constelación de síntomas, que podríamos denominar psicoanalíticos, que se imbrican dentro de su sintomatología procesal; hay un contenido homosexual, un complejo de Edipo, etc. La disgregación es mayor de lo que aparentemente se manifiesta. El enfermo presenta, además, una especie de delirio de invención; los inventos son absurdos e inútiles: en este caso, se ve cómo la esquizofrenia hace perder el poder creador a los enfermos.

Sesión clínica del día 11 de diciembre de 1945

PROF. LÓPEZ IBOR: *Semiología del bostezo.*

Presenta una niña que desde hace seis meses padece un *tic* consistente en bostezar dos veces seguidas repetidamente, presentando inmediatamente una desviación lateral de la mirada en uno u otro sentido. No presenta ningún otro síntoma somático o psicopático. Sobre el bostezo existe escasa bibliografía. En el *Handbuch*, de Bumke-Foerster, no se menciona ni una sola vez; en el capítulo de tumores, se hace como síntoma general. En el tratado de Lewandowsky se recoge como signo ominoso en las meningitis y en los comas. El libro de Oppenheim lo describe como síntoma de histeria, y también como aura de los ataques epilépticos. Para Wilson, pertenece al círculo de la epilepsia, presentándose en forma de accesos sin pérdida de conciencia. Probablemente éste, como otros síntomas del círculo comicial, pertenecen al timopático, en cuyos individuos,

ni se presentan ataques ni los hay en su árbol genealógico. En el libro de Gowers hay descripciones que pueden interpretarse como timopáticas. Kretschmer lo ha descrito en los estados pre-comatosos, pero no los cita en el bloqueo cerebral, donde se ha visto en algunos enfermos. La escuela de Hess comprueba que los centros para la masticación, deglución y apertura y cierre de la boca, tienen cierta ubicuidad: núcleos del V par, diencefálicos y corticales. En este caso, en que el bostezo en dos tiempos coincide con desviación de la mirada, se podría pensar en una localización bulbar: Experimentalmente, se ha visto muy rara vez en los comas hipoglucémicos; en esta niña, a la que se ha provocado una hipoglucemia, no se ha presentado. Puede darse en las crisis convulsivas del cardiazol; más raramente, en las del electroshock. En la vida normal, el momento más fácil para su producción es el aburrimiento o el estado de presueño. En estos casos, existe una alteración de la vivencia del tiempo; hay una inhibición de los mecanismos corticales, y el tiempo está como reducido en su capacidad gnóstica; se tiene entonces la vivencia pática de que el tiempo está vacío, de que el tiempo se alarga. En este sentido, el bostezo significa desinteresarse de la situación actual. En el refranero se recoge el siguiente dicho vulgar referente al bostezo: «por hambre, sueño o picardía grande». Puede explicarse la última condición, si con el bostezo, en una circunstancia que convenga, se quiere simular un estado de aburrimiento.

DR. VARELA DE SEIJAS: En el estado de presueño va acompañado de otros signos motores, como el desperezo; ambos parecen constituir una defensa contra el sueño, que sólo se presenta cuando el individuo, soñoliento, no se encuentra en disposición de dormir; lo mismo ocurre en la sensación de hambre, en que no se bosteza cuando se tiene la perspectiva inmediata de saciarla. Estos dos cuadros van acompañados de vagotonía; en el primero, suele presentarse la erección, y a este puede aludirse cuando el vulgo lo considera como signo de picardía; la costumbre de la gente de hacerse una cruz cuando se bosteza cabe dentro de esta interpretación erótica, simbolizando la lucha contra el demonio.

DR. TORRES LÓPEZ: Ha podido observar que se presenta con mucha frecuencia este signo cuando pasa los efectos de la intoxicación alcohólica aguda. Conoció una enferma con bostezos, desviación de la mirada y crisis laríngeas acompañando a un carácter histérico.

DR. ECHALECU Y CANINO: *Problema diagnóstico de un profanador de tumbas.*

Se refiere a los hechos que vienen sucediéndose en algunos cementerios de las cercanías de Madrid sobre desenterramiento de cadáveres que no presentan señales ni de expoliación ni de violación. Expone la exploración psiquiátrica practicada al autor de estos hechos. El único motivo que confiesa el sujeto es que cometía estos actos con el propósito de acariciar las piernas de los cadáveres. Todos los cadáveres desenterrados eran de viejos o de hombres; ninguno de mujer joven. El sujeto se muestra indiferente, refiriendo con minuciosidad los detalles de su labor, asegurando que no experimentaba ningún placer al acariciarlos. Un *test* de inteligencia da doce años de edad mental. El sujeto es empleado de una funeraria. Somáticamente, parece presentar rostro en máscara y envaramiento; las pupilas no reaccionan a la convergencia. Además, es un alcohólico crónico.

DR. LLOPIS LORET: Aunque no conoce al presunto enfermo, en el estudio de los hechos parece tratarse de los actos de un oligofrénico, que seguramente obran como motivación inmediata la satisfacción de aberraciones sexuales.

PROF. LÓPEZ IBOR: Parecen actos impulsivos, como los de los incendiarios, localizado en este aspecto por la facilidad que a ello le ofrece la profesión del sujeto. Se trata de un débil mental o de un parkinsoniano; el acto impulsivo parece no tener un contenido sexual, como ocurre en la necrofilia.

Sesión clínica del día 26 de febrero de 1946

DR. PERAITA: *Presentación de un caso de probable meduloblastoma de cerebelo.*

Se trata de un enfermo de catorce años de edad, en el que cuatro meses antes del momento de la exploración aparecen unas cefaleas que aumentan progresivamente de intensidad y duración, acompañadas de vómitos, generalmente por las mañanas, encontrándose el enfermo en ayunas. así como pérdida de visión y de alteraciones de la marcha (inseguridad, oscilaciones durante la misma, tendencia a caerse hacia atrás, etc.). A los tres meses de iniciarse el cuadro, aparecen unos accesos, que cursan con rigidez, en extensión de las extremidades, cabeza y tronco, pérdida de conciencia, emisión de orina y alteraciones del ritmo respiratorio.

Durante la exploración, se comprueba una acusada sensibilidad de la fosa posterior a la percusión. Asimismo, es dolorosa la presión sobre los puntos de emergencia. Parálisis bilateral de ambos rectos externos. Atrofia papilar, post éxtasis. Ligeramente hipoestesia en el trigémino derecho. Cabeza flexionada sobre el hombro derecho y ligeramente girada hacia el lado izquierdo. Incapacidad absoluta para mantenerse en pie por sí solo y para andar. Se cae constantemente hacia atrás.

Se clasifica el cuadro como perteneciente al síndrome arqui y paleocerebeloso, estableciendo la diferenciación entre el mismo y el síndrome neocerebeloso. Se mencionan los trabajos de Dow sobre las lesiones experimentales del *nodulus*, y se subrayan las concordancias entre los datos experimentales y los clínicos. Se destacan las semejanzas —tan estrechas— entre la sintomatología que ofrece el enfermo y el cuadro clínico del meduloblastoma de cerebelo dado a conocer por Bailey y Cushing. Se alude a las investigaciones y clasificación de los tumores cerebelosos verificadas por Ostertag, haciendo hincapié en la importancia de los factores disontogenéticos en la génesis de dichos blastomas. Se establece el diagnóstico diferencial entre el neuroes-

pongioblastoma y otras neoformaciones cerebelosas (astrocitoma, hemangioma, angiorreticuloma, etc.) y extracerebelosas (ependimona, pinealomas, etc.). Finaliza la exposición con algunas consideraciones sobre el pronóstico y el tratamiento.

DR. ROF CARBALLO: Cree que el meduloblastoma evoluciona bastante más lentamente, mostrándose dispuesto a descartar en absoluto la posibilidad de que el cuadro estuviera originado por un angiorreticuloma.

DR. GARCÍA MIRANDA: Cree que, efectivamente, el caso obedece a un meduloblastoma, teniendo en cuenta la valoración de dos factores importantísimos para el diagnóstico: la edad de presentación, que en los angiorreticulomas es mucho más tardía, y la presencia de un éstasis precoz papilar.

DR. PERAITA: Es evidente que la fosa posterior es una caja de sorpresas, pero no hay más remedio que pensar en el cuadro clínico más próximo a la sintomatología del enfermo, sin descartar la posibilidad de que las manifestaciones obedezcan a otros cuadros próximos.

DR. LÓPEZ IBOR: *Los trastornos mentales en la enfermedad de Paget*

Presenta una enferma, de cincuenta y cuatro años, afecta de esta enfermedad, que ofrece un cuadro psicopatológico consistente en desorientación, lentificación de los procesos psíquicos, alucinaciones del tipo de las alucinosis pedunculares, etc., cuya explicación etiológica no es muy clara. La enfermedad de Paget no es frecuente; pero menos aún lo es la presencia de síntomas psíquicos en ella. Los casos descritos casi siempre son coincidencias (fases melancólicas, por ejemplo); en otras ocasiones, obedecen a trastornos arterioescleróticos cerebrales o generales coexistentes. Stauder los explica como fenómenos de hipertensión craneana. Pero es probable que se trate de un proceso de hipoxia crónica, como ocurre en los síntomas psíquicos

de los enfermos cardíacos descompensados, que en esta enfermedad estarían determinados por la compresión ósea de los vasos que irrigan el cerebro.

DR. PERAITA: Esta explicación etiológica de los trastornos es lógica y posible, pudiendo ocurrir lo mismo que en los nervios atrofiados por compresión ósea.

DR. ROF CARBALLO: No cree que la enfermedad de Paget sea demasiado rara; lo que ocurre es que en psiquiatría se ve más raramente que en medicina interna, en la que, sobre todo, se ven con más frecuencia los Paget frustrados. De la clínica de Charcot, sólo se conservan dos descripciones con trastornos psíquicos.

DR. VARELA DE SEIJAS: *Un caso de posibles crisis uncinadas.*

Presenta un herido de bala con orificio de entrada por región superciliar derecha y salida por occipucio; accidente que ocurrió hace nueve años. En la actualidad, presenta unas sensaciones de pastosidad en la boca con picazón de lengua y sabor acre. Al mismo tiempo, a la altura del ombligo, nota como una explosión, que se extiende, con sensación de hormigueo, por todo el cuerpo, percibiendo en este momento cómo las imágenes visuales se agrandan súbitamente, pero conservando sus perfiles; y además hay un estado angustioso, se le nubla la vista y todo se diluye en una penumbra cuando va a terminar la crisis. se ha hecho el diagnóstico de impresión de crisis uncinadas, aunque no son típicas; se destaca el lapso de tiempo entre el trauma y las manifestaciones, que ha durado nueve años. El trayecto de la bala, según se ha comprobado encéfalográficamente, no toca en el girus del hipocampo. El fondo de ojo derecho presenta una gran zona destruída por el trauma. El enfermo no tiene ataques epilépticos, en los que con frecuencia se presentan las crisis uncinadas. Por el lenguaje del enfermo, se observa como una manera de ser culterana o gongoriana propia de algunos enfermos epilépticos genuinos; sin embargo, no existen comiciales en los antecedentes de este caso.

DR. LEY: Cree que estas manifestaciones corresponden a las crisis periventriculares y a las uncinadas; aunque el trayecto del proyectil no ocupe directamente esta zona, pueden afectarse a distancia.

DR. PERAITA: Evidentemente, con estos datos no se puede hacer una localización precisa. En las auténticas crisis uncinadas suele haber trastornos de conciencia, que no se presentan en este caso: en cuanto a los trastornos de la percepción, también pueden darlos las lesiones parietoccipitales.

PROF. LÓPEZ IBOR: Duda también del calificativo de estas crisis, por no presentar el estado de conciencia de los uncinados ni los fenómenos de *réverie*. Los fenómenos de macropsia hablan en favor de lesiones corticales. Cree que este caso podría diagnosticarse de epilepsia cortical autónoma.

PROF. LÓPEZ IBOR y DR. CASTILLA: *Sobre la ceguera psíquica. El caso M. Madrid.*

El siguiente caso, con el diagnóstico de tumor periventricular, muestra un síndrome agnóstico predominantemente visual. Sus características principales consisten: 1.^a Persistencia del reconocimiento de formas simples, aisladas, tanto lingüísticas como no lingüísticas. 2.^a Defecto primordial de esquematización del conjunto. Las figuras compuestas son «deletreadas», pero nunca concebidas como única totalidad. Esto ocurre tanto en los esquemas de figuras objetivas como en las palabras, las cuales, la mayoría de las veces, no son comprendidas, no sólo en su significación, sino en su total amplitud. Por este fallo, en la estructuración del fondo, base de la orientación en el espacio visual, al enfermo le es posible discernir un objeto situado en él, pero no localizarlo exactamente, ya que esta justa ordenación se basa en la creación de relaciones recíprocas entre las figuras destacadas y el fondo a que pertenecen. Respecto a la fisiopatología de este trastorno, se hace recaer, en gran parte, la pérdida de la condicionabilidad sensorio-motriz del aparato óptico. En el enfermo falta esa ligazón entre la forma perceptible y la

motilidad ocular subsiguiente que, en último término, mantiene la sucesiva ordenación de las imágenes en el espacio óptico. Expresión de esta disfunción motóricosensorial es la abolición del nistagmus optocinético, característicos de las lesiones situadas en los límites de la segunda circunvolución occipital, y la formación angular de la parietal inferior. Consecuencias que se derivan de esta disfunción son las alteraciones en la percepción del movimiento. Basándose en la valoración de las sucesivas imágenes retinianas del objeto desplazado en el espacio exterior, y más aún, en la cuantía de la rotación ocular necesaria para seguir con la mirada al objeto en movimiento, y estando alterado este mecanismo unitivo de la percepción y la motoricidad ocular correspondiente, en la enferma se da la coincidencia notable de serle posible la conciencia del movimiento de la figura, y de resultarle imposible, no obstante, valorar la cuantía del mismo. Naturalmente, en ello interviene también la alteración de la visión de la profundidad, ya que ésta resulta de la conjugación de la doble imagen del objeto en ambas retinas, y en función de ella se valora normalmente el desplazamiento retiniano de la imagen cuando el objeto está fuera del horóptero creado y más lejos del ojo que él. Finalmente, por defectos en la «configuración», se producen pregnancias patológicas, que conducen a errores gnósticos ostensibles, cuya explicación radica, en cada caso, en la especial morfología de la figura en su simetría, en su mayor crecimiento, etc.

Sesión clínica del día 12 de marzo de 1946

DR. TURINA: *Un caso de psicosis epiléptica.*

Presenta una enferma de treinta y cinco años, que ingresa con un cuadro de ideas de autorreferencia relativamente sistematizadas, consistentes en envenenamiento para conseguir su seducción; da, a primera vista, la impresión de una sintomatología puramente esquizofrénica. Al día siguiente de su ingreso en la clínica, sufre un ataque comicial, seguido de un período de

agitación psicomotora violentísima. En la recogida de antecedentes, se comprueban ataques epilépticos típicos desde la infancia, muy amortiguados en cuanto a su ritmo de presentación en los últimos años. El delirio ha evolucionado crónicamente desde hace bastantes meses. Se incluye este cuadro paranoide como un fenómeno dependiente de la propia epilepsia, descartándose la coexistencia de una demencia precoz. En realidad, podríamos hablar aquí de una esquizofrenia sintomática; o, mejor, de psicosis epiléptica con colorido esquizofrénico.

PROF. LÓPEZ IBOR: *El delirio sensitivo de referencia.*

Presenta una enferma con unas ideas de autorreferencia, en cuyo estudio psicopatológico se puede observar que el fenómeno se produce en dos tiempos: el primer tiempo, es aquel en que la enferma, que es una sirvienta, nota cómo las compañeras de servicio se hacen señas que, por el momento, para ella no tiene ninguna significación; y el segundo tiempo, es cuando, por la noche, a solas, las pone en relación con su persona. En el estudio del caso, el curso ulterior nos demuestra un cuadro depresivo sin ningún otro síntoma procesal: cosa que obstaculiza el diagnóstico de esquizofrenia. Podría tratarse de uno de los delirios de autorreferencia primitivos de Schneider, que se crea sobre un fondo de angustia o de enfermedad orgánica; pero su persistencia de varios meses no justifica tampoco tal diagnóstico; naturalmente, la psicopatología diferencial no puede establecer de una manera tajante entre estos delirios y los primarios esquizofrénicos.

DR. ESCUDERO ORTUÑO: *Sobre un caso de latirismo.*

Se trata de un enfermo en cuyos antecedentes inmediatamente anteriores a la aparición de una paraplejia espástica de extremidades inferiores, hay una profusa ingestión de harina de almortas y un traumatismo en región lumbar. El cuadro del latirismo, como muchas veces se ha dicho, es tan típico, que sólo con muy pocas enfermedades cabe hacer el diagnóstico diferencial. El traumatismo hay que significarlo en este caso, como

en todos, no sólo por la influencia que pudiera tener sobre el cuadro posteriormente presentado, sino para precavernos contra posibles repercusiones medicolegales. La influencia de los traumas en los síndromes medulares es indudable, incluso cuando el trauma es tan leve que no llega a producir lesión ósea, e incluso cuando los síntomas no aparecen inmediatamente después; sin embargo, el cuadro de este enfermo no es el de la hematomielia típica. Por último, no se estima que se haya insistido bastante en las paraplejias latíricas sobre el factor disposicional, en el cual ha de radicar la explicación de dos hechos: el que en una misma familia cuyos miembros se encuentran todos sometidos al mismo género de alimentación y de vida, sea un determinado miembro el afecto, y el que los enfermos pertenezcan en su inmensa mayoría al sexo masculino. Aunque este factor sea siempre un poco imponderable, es lógico pensar que la causa exógena sólo actúe sobre disposiciones previas favorables.

Sesión del día 26 de marzo de 1946

PROF. LÓPEZ IBOR: *Parkinson juvenil*

Presenta una mujer de veintitrés años, con un cuadro hipertónicoaquínético juvenil combinado con una oligofrenia. No se advierten antecedentes importantes. El temblor comenzó hace un año aproximadamente por el brazo izquierdo. Nos plantea el dilema de si se trata de una enfermedad de Parkinson genuina o un parkinsonismo. Para hacer esta diferenciación, por lo general, nos basamos en la edad de comienzo de las manifestaciones, y, en segundo lugar, buscamos signos diferenciales clínicos, tales como predominio del temblor sobre la rigidez en las formas genuinas, y viceversa en las postencefalíticas, o bien mayor abundancia en estas últimas, de sintomatología facial, etcétera. En estas formas juveniles, generalmente se acude a sospechar la existencia de una encefalitis anterior, aunque no haya pruebas evidentes de ella. En los estudios anatomopatológicos, el parkinsonismo fué considerado como debido a una le-

sión de la sustancia negra, en un momento en el que aun se sostenía que el Parkinson genuino dependía de una lesión del estriado. La escuela de Spatz ha comprobado en los dos una comunidad anatomopatológica, admitiendo la lesión de dicha sustancia en todos los casos. En cuanto a su etiología, se ha emitido la hipótesis de la etiología infecciosa de todos estos síndromes; realmente, la cosa puede interpretarse al revés: que todos los síndromes sean degenerativos, pues el aumento de la glía que nos encontramos en un momento dado no nos habla forzosamente de una infección actual, limitándose a ser indicio de que pudo haberla habido anteriormente.

DR. GUERA MIRALLES: *Interpretación de uno de los llamados «grandes sueños»*

Los sueños han llamado la atención del hombre desde los tiempos más primitivos. En el Antiguo Testamento, en diversas obras de la antigüedad clásica y de la Edad Media, abundan los ejemplos de la importancia concedida a los fenómenos oníricos. En la Edad Moderna, el positivismo reduce su opinión sobre los sueños a cinco postulados fundamentales: 1.º El sueño está formado por imágenes aisladas. 2.º La relación entre éstas es puramente asociativa. 3.º Las imágenes del sueño proceden de la vigilia. 4.º El sueño constituye un profundo trastorno de las funciones psíquicas. 5.º El sueño no es interpretable. En contra de este criterio positivista de los sueños, creemos que su estudio debe ser basado en métodos fenomenológicos. Se expone a continuación un sueño, primero de una larga serie que se prolongó durante meses enteros. En él aparecen multitud de elementos susceptibles de una interpretación freudiana o adleriana, y, sin embargo, éstas no bastan al total esclarecimiento del mismo. Son expuestas ciertas premisas de la interpretación de sueños en general: exploración somatopsíquica del soñador; no sujeción del intérprete a un criterio dogmático; exploración del «contexto» del sueño. En el sueño anteriormente referido hay que distinguir: la estructura o molde del mismo, susceptible de ser estudiada matemáticamente o con arreglo a la psicología de la forma, y los entes o elementos contenidos en la red

estructural. Estos últimos deben ser estudiados considerándolos como índice o arquetipos. Se procede a exponer estos dos conceptos con arreglo a la psicología profunda de C. G. Jung, y a interpretar el sueño anterior con arreglo a ella. En sueños de este tipo, llamados «grandes sueños» por Jung, ve reflejado el durmiente un panorama general del conflicto que le aqueja y de su posible solución. En resumen: 1.º El sueño es un fenómeno biológico, y como tal, debe ser objeto de conocimiento. 2.º En los sueños aparecen representados sucesos cuyo substrato es la materia viva y sus transformaciones, en especial las realizadas en el sistema nervioso. 3.º El fenómeno onírico posee un sentido, y es interpretable. 4.º La interpretación del sueño debe hacerse polidimensionalmente antropológica, no desde un punto de vista especialmente delimitado. 5.º En el sueño interviene la totalidad somatopsíquica del hombre, no exclusivamente un instinto, impulso o función psicológica aisladas. 6.º El funcionalismo del sueño no es solamente de control, sino también corrector, y como tal, debe ser manejado. 7.º Una finalidad práctica de la investigación de los sueños puede ser el desenmascaramiento de somatosis.

Sesión clínica del día 23 de abril de 1946

DR. CASO: *Sobre una supuesta necrofilia.*

Presenta el caso de un sujeto acusado de necrofilia, sobre el cual se hicieron algunos comentarios en una sesión anterior antes de ser ingresado en esta clínica para informar sobre su estado mental. En las observaciones practicadas no hay datos sobre trastornos somáticos o indicios de trastornos psíquicos; el individuo niega los hechos que se le imputan. Sometido a un narcoanálisis, no se ha obtenido ningún resultado positivo. La necrofilia, como la necrofagia, se observan excepcionalmente, y siempre perpetradas por enfermos mentales graves, sobre todo por niños imbéciles; nada de esto se aviene con la integridad mental de este individuo. Es inexplicable, dentro de la normali-

dad psíquica, un hecho en sí anormal y sin justificación psicológica. No se han estudiado en este caso las pruebas del testimonio, estimando *a priori* su escaso valor en estas circunstancias en las que se roza inevitablemente la serie de complejos del individuo que lleva en prisión largo tiempo, y que forzosamente ha de dar respuestas anómalas.

DRES. OLIVARES y ESCUDERO ORTUÑO: *Observaciones sobre el tratamiento de la parálisis general progresiva con penicilina.*

Hacen una reseña de los resultados obtenidos hasta ahora en el tratamiento de cuatro pacientes, previniendo que éstos son únicamente resultados provisionales, ya que la observación de los mismos todavía no ha acabado. En principio, hay que concebir algunas esperanzas con esta nueva terapéutica, sobre todo cuando, después de los tanteos de los primeros momentos, se llegue a fijar definitivamente la dosis óptima que, en cuanto a sus resultados, cada paciente precise. Aquí se ha intentado seguir la experiencia norteamericana sobre estas cuestiones, pero la administración de penicilina ha tenido, forzosamente, que someterse a los inconvenientes de su adquisición. Uno de los enfermos, el más intensamente tratado por las vías intramuscular e intrarraquídea, presenta una disartria mucho menos marcada; en cuanto a su cuadro mental, da la impresión de que se ha aclarado bastante el estado de la conciencia; ha mejorado la orientación temporoespacial; ha disminuído, aunque todavía persiste, un estado de euforia estúpida anterior; en cuanto a las pruebas de cálculo y memoria, todavía da respuestas erróneas.

En este caso se puede decir que han mejorado los síntomas dependientes del trastorno de conciencia; pero no así los síntomas propiamente demenciales. En cuanto a la serología, se observa que las negativizaciones son algo tardías. Respecto a los otros enfermos, se observa, *grosso modo*, una mayor asequibilidad y mayor facilidad para el intercambio afectivo con nosotros; en uno había unos fenómenos muy acusados de labilidad afectiva, que han remitido; otro, con un cuadro paranoide alucinatorio postmalárico, continúa igual respecto a este punto. Se vuelve a in-

sistir sobre la provisionalidad de estos datos, puesto que en todos ellos hay que repetir los ciclos. Se hace después una referencia de los trabajos extranjeros de Ganson, Neymann, Rose, Stoke y otros, exponiendo los resultados y las conclusiones estadísticas, que se tienen hasta la fecha. Se observa la tendencia de muchos de estos autores a economizar penicilina, no inyectándola más que por vía raquídea, ya que la barrera hematoencefálica no es atravesada por el medicamento empleado por otras vías; ni siquiera administrando dosis masivas ni acudiendo a asociaciones terapéuticas, ya medicamentosas, ya físicas. Es evidente que aunque con este método no se llegaran a obtener los resultados tan brillantes que proporcionan la malaria, no por eso sería despreciable; entre otras cosas, hay que tener en cuenta su inocuidad. Ninguno de los enfermos referidos, incluso el que lo ha recibido en mayores cantidades, ha acusado el más ligero síntoma de intolerancia.

Sesión clínica del día 7 de mayo de 1946

DR. LEY: *Epilepsia sintomática.*

Un enfermo de veintisiete años, que hace catorce años sufre una caída con trauma cefálico, pero sin pérdida de conocimiento. Varios años después, aparecen crisis jacksonianas en miembro superior izquierdo y lado izquierdo de la cara; posteriormente, empiezan ataques completos, que se inician con auras motoras en el territorio antes mencionado; luego, aparecen unos equivalentes, consistentes en pérdidas súbitas de tono en miembro superior izquierdo. Los tres fenómenos se van produciendo mezclados y frecuentísimamente. El enfermo tiene un factor enérgico evidente. Neurológicamente, paresia de facial inferior izquierdo y abolición de abdominales. El tratamiento antiepiléptico medicamentoso no sufrió efecto. Intervenido, se aprecia un aumento de la vascularización de la dura, y un quiste aracnoideo en la convexidad de lóbulo frontal; en la corteza, gran vascularización, sobre todo venosa, cuyos troncos subían

paralelamente a la cisura rolándica. Curso postoperatorio muy bueno y desaparición total de manifestaciones epilépticas.

PROF. DÍAZ GÓMEZ: En enfermos análogos refiere haber observado una irritabilidad vascular extraordinaria; al funcionar la corteza en estos casos, se ponía de un rojo vivo, siendo antes de aspecto normal.

PROF. LÓPEZ IBOR: Las observaciones de traumatizados de la primera gran guerra demostraban en las autopsias, a medida que iban muriendo algún tiempo después, signos de actividad en la herida; esto ha sido comprobado por las observaciones de los anatomopatólogos alemanes, confirmándose que las heridas cerebrales conservan actividad bastantes años después de su producción.

DR. VARELA DE SEIJAS: *Tratamiento de los tics.*

Presenta un enfermo que vino hace días a la consulta de este servicio, con un cuadro de *tics* violentos y complicados en cara, mano izquierda y musculatura del tronco, en el que han fracasado todas las medicaciones empleadas hasta ahora. Todos los fenómenos venían ocurriendo, desde hace nueve años, de un modo crónico, sin mejorías ni pausas. Su problema clínico era sencillo: se trataba de la enfermedad de los *tics*. Se le hizo un mal pronóstico, pensando en lo rebelde de casos como el actual a cualquier tipo de terapéutica (electroshoks, comas, psicoterapia, etc.). Se le hizo una aplicación de ortamida, quedando el cuadro completamente remitido a las cuarenta y ocho horas; el caso sorprende por lo apartado de la sintomatología y por lo concluyente de su remisión.

DR. OLIVARES: *Un caso de síndrome de Guillain-Barré.*

Es una mujer de veinticuatro años, embarazada de cinco meses, que presenta desde hace veinte días un cuadro de parálisis flácida de las cuatro extremidades, con la presencia de ligeros signos de participación bulbar, que actualmente se en-

cuentra en franca remisión. Se expone el estado actual de estos síndromes en la nosología, haciéndose el diagnóstico enunciado por el aspecto clínico y la existencia de una clara disociación albúminocitológica; se critica la característica de benignidad que los autores citados dan a estos cuadros y se insiste en la importancia del examen del líquido céfallo-raquídeo para su diagnóstico.

Sesión clínica del día 14 de mayo de 1946

DR. ECHALECU CANINO: *Discusión sobre el caso de supuesta necrofilia presentado en sesiones anteriores.*

Manifiesta que no está de acuerdo con la tesis sostenida por el Dr. Caso respecto a la normalidad de este individuo. Vuelve a comentar algunos aspectos del protocolo clínico, insistiendo en las frecuentes contradicciones que en las manifestaciones del presunto enfermo se pueden encontrar. Destaca la existencia de fugas, desarrollo precoz de la sexualidad, amnesias, lacunares, lentificación de todo su psiquismo y alcoholismo crónico. El enfermo manifestó que desenterraba los cadáveres para acariciarlos, siendo indiferente que se tratase de hombres o de mujeres; no confiesa experimentar placer al hacerlo. Si el mecanismo que ha desencadenado estos actos no tiene este fin, ni tampoco es utilitario, no cabe duda respecto a la génesis patológica de los mismos; encuentra alguna analogía con los actos impulsivos de los pirómanos e incendiarios, de los cleptómanos y de los necrófilos. Propone denominarles con el término de *kata-saonecromania*, tomado de las raíces griegas: *katasao* (pasar la mano por, acariciar) y *necros* (cadáveres). Respecto a la seguridad de que estuvieran fundadas las acusaciones que contra el sujeto que estudiamos se han hecho, nada tiene el psiquiatra que hacer sino someterse a lo que la investigación policial haya podido comprobar.

DR. CASO: Se ratifica en anteriores exposiciones, afirmativas del perfecto estado mental del interesado; le parece injus-

tificado el propósito del Dr. Echalecu de crear un nuevo elemento nosológico escudriñando etimologías, puesto que la base psicopatológica de los mismos no se encuentra precisamente en este individuo.

PROF. LÓPEZ IBOR: Es indudable que en este caso no existe enfermedad mental; si este sujeto es el autor de los hechos, la interpretación psicológica no es clara. Estos actos no son, evidentemente, los impulsivos que estamos acostumbrados a ver en la clínica. Este caso debería ser objeto de una interpretación psicoanalítica, como la hecha ya en actos pirománicos en un sujeto que, aparte de ellos, presentaba una conducta absolutamente normal; los psicoanalistas vieron en aquellos actos una purificación de sus deseos incestuosos.

DR. ESCUDERO ORTUÑO: *Pseudoesclerosis de Westphal-Strümpelli.*

Enferma de cincuenta y seis años, con un cuadro neurológico que se inicia seis años atrás, presentando, en primer lugar, la famosa tríada de Charcot; pero, además, con síntomas piramidales, pigmentación dorada de la membrana de Descemet, disfagia y trastornos de la marcha. Se ha diagnosticado de degeneración hepatolenticular, del tipo de la pseudoesclerosis. El diagnóstico diferencial con la esclerosis múltiple tiene sus dificultades; en este caso existe un síntoma rarísimo en la pseudoesclerosis, que es el trastorno piramidal, y la asimetría del mismo, que hablarían en contra del diagnóstico hecho. A pesar de esto, el anillo corneal dorado es un signo tan importante que, para muchos autores, es patognomónico de la pseudoesclerosis, aunque en ausencia no sea capaz de excluir tal diagnóstico. Otra particularidad es la existencia de disfagia, síntoma éste más propio de la forma de Wilson que de la de Strümpell, sin que pueda valorarse por las abundantes formas intermedias que entre ellas existen. En estos casos, como ocurre en el presentado, la lesión hepática no da síntomas; incluso ni las pruebas funcionales hepáticas son positivas. Por eso, la única base diagnóstica es la neurológica. Destacan por su ausencia los trastornos psíquicos;

éstos suelen presentarse en los casos de larga evolución (indiferencia, apatía, euforia estúpida, etc.). Respecto al problema terapéutico, a lo más, se han obtenido estacionamientos con dietas de gran valor carólico a expensas de los hidratos de carbono, pero pobres en grasas. Se insiste, por último, en la identidad patogénica de las formas de Wilson y de Westphal-Strümpell, y se alude a los problemas patogénico y genético, muy oscuros todavía.

PROF. LÓPEZ IBOR: Insiste en la oscuridad en la patogenia de estas degeneraciones; no debe existir una prioridad del trastorno hepático o el neurológico, sino que ambos son seguramente respuestas simultáneas a una alteración metabólica primitiva. Manifiesta estar de acuerdo con el carácter típico del anillo de Keyser-Fleischer.

DR. ROF CARBALLO: Cree también en el carácter patognomónico de dicha pigmentación, que sólo ha sido descrita en estos casos; en algunas familias han sido descritos anillos, sin estar afectos sus miembros por la afección, pero se trata de anillos parciales e incompletos.

Sesión clínica del día 11 de junio de 1946

PROF. DÍAZ GÓMEZ: *Sobre la leucotomía.*

Presenta una enferma con oligofrenia erética, leucotomizada; su cuadro psíquico se ha transformado, presentándose a nosotros mucho más dócil y asequible. Esta puede ser una de las indicaciones de la leucotomía; si con la intervención se consigue atenuar el cuadro erético, ya sería conseguir bastante. Evidentemente, cabe la duda aún de si el estado actual de la enferma es un cuadro postoperatorio o, por el contrario, se trata de un estado definitivo.

DR. PERAITA: A propósito del cuadro expuesto, comenta las experiencias efectuadas en el manicomio de Leganés con dicho

procedimiento. Por lo general, los enfermos agresivos y peligrosos, epilépticos, cligogrénicos, etc., que fueron leucotomizados hace dos años, no han experimentado ninguna modificación sensible en su estado anterior.

DR. ESCUDERO ORTUÑO: *Cuadro atípico de epilepsia genuina.*

Se trata de un enfermo de cincuenta y seis años de edad, que viene padeciendo los ataques desde la infancia. En la actualidad, presenta un cuadro psicopatológico, consistente en períodos agudos, seguramente crepusculares, en los que atenta contra los demás y contra sí mismo (dos intentos de suicidio); durante dichos estados hay ideas delirantes de cataclismo geológico. Pero aparte de estos períodos agudos, hay un síndrome crónico y definitivo, observando en una anterior permanencia del enfermo en esta clínica hace algún tiempo, sin variaciones en la actualidad, consistentes en una especial apatía, inhibición o interceptación; es, con toda seguridad, un cuadro demencial, pero no uno de los típicos de las epilepsias genuinas, que presentan predominantemente un deterioro de los mecanismos amnésicos. Por otra parte, hay un cuadro neurológico, constituido, aparte de sus manifestaciones convulsivas, por una sordera bilateral, por afección del octavo par; intensísimas acrocianosis en las cuatro extremidades y atrofas de ambas eminencias tenar, con retracción de las aponeurosis palmares bilaterales también.

Al mismo tiempo, hay un cuadro de auténtica caquexia, que da la impresión de que el enfermo sufre una enfermedad consuntiva. La interpretación del caso expuesto ha de hacerse considerando al enfermo con su profusa sintomatología como un caso de epilepsia constitucionalmente determinada, de evolución desfavorable, con trastornos degenerativos centrales, a los que obedece esta variedad sintomatológica.

PROF. LÓPEZ IBOR: *Hemiplejía psicógena.*

Enfermo de cuarenta años, vagabundo; presenta un cuadro hemipléjico de lado derecho, con exaltación de reflejos, con una especie de Babinski consistente en una reacción de huída que

le simula. Además, hay una mayor inervación, no constante, de facial inferior izquierdo, que parece una parálisis facial, y también presenta una hemianestesia de lado izquierdo. La mano derecha, cianótica, pero es la que expone al sol al exhibir su brazo para pedir limosna. Babinski creó el concepto de pitiatismo, que se produce por sugestión, y que por ella, se cura. Pero los caracteres entre las hemiplejías histéricas y las orgánicas que él creó ya no se mantienen, porque en los primeros se despliegan unos mecanismos que son idénticos a los que se desarrollan en las orgánicas. En cada histérico surgen multitud de problemas que no tienen solución todavía; así, el electroencefalógrafo no revela ninguna alteración de su ritmo si en un anestésico histérico se exploran sus zonas anestésicas. En todo caso, con reacción de conversión somática, el estímulo psíquico ha provocado algo que ya estaba latente. Si esto es así, el substrato preexistente haría poco útil la psicoterapia. Sin embargo, es de ella de la que hay que esperar todo. La psicoterapia es una terapéutica médica poco metodizada todavía, pero con amplias perspectivas por nuevos caminos.

DR. VARELA DE SEIJAS: *Temblor familiar.*

Enfermo de treinta años, con un temblor totalmente distinto de la hiperquinesia coreica. Estudiando el árbol genealógico, nos encontramos: bisabuela materna con un temblor que aparece a los setenta años; la abuela presenta idéntico temblor, pero más joven; en el padre, aun se presenta con más precocidad, y todavía más aún en el enfermo, donde aparece a los veinticuatro años. Se palpa, pues, algo hereditario, que podríamos considerar como degenerativo. Pero son hombres de mucha vitalidad y longevidad, como si en ellos existiese una especie de «genoma vital». El temblor sólo afecta a la cabeza, y aumenta con los fenómenos emotivos. No hay psicopatías en la familia.

PROF. LÓPEZ IBOR: Minor vé que en estos casos las familias son muy prolíficas y longevas, sospechando que esta macrobiosis es genética. Pero Kehrer discute esta opinión.

PROF. LÓPEZ IBOR: *Un caso de tromboendangitis obliterante.*

Enseña un cerebro perteneciente a una enferma de esta clínica que tenía un cuadro psicopatológico que casi llegó a diagnosticar de esquizofrenia, aunque anteriormente había tenido un cuadro hemipléjico con afasia, del que se repuso casi totalmente, cosa rara en una persona joven. El cerebro es extraordinariamente atrófico, correspondiente a la tromboendangitis obliterante o enfermedad de Winiwarter-Buerger. En los casos en que el cuadro es puramente psíquico, por lo general, se hace el diagnóstico *post mortem*; las formas de predominante sintomatología neurológica son más accesibles al diagnóstico clínico.

Sesión del 23 de octubre de 1945

DRA. HERREROS GARCÍA: *Sobre un caso de probable enfermedad de Werdnig-Hoffmann.*

Presenta un enfermo de doce años, con atrofas musculares muy marcadas y simétricas, que se extienden a los cuatro miembros. Manos en garra, con desaparición de las eminencias tenar e hipotenar interóseos y lumbricales. Pie equinovaro bilateral. Reflejos tendinoperiósticos algo vivos para la intensidad de sus atrofas; sin ningún otro síntoma piramidal. Sensibilidad, bien. No hay trastornos tróficos en piel. Palabra monótona y trabajosa, sin llegar a ser escandida. Debilidad mental y gran labilidad afectiva. En los antecedentes, una hermana de diez años con un cuadro similar. En el enfermo comienza a evolucionar esta sintomatología a los dos años. Se plantea el diagnóstico entre una enfermedad de Werdnig-Hoffmann y la poliomiелitis crónica.

PROF. LÓPEZ IBOR: Se inclina a pensar en una enfermedad Werdnig-Hoffmann; el concepto de la poliomiелitis crónica no se sostiene actualmente con unanimidad. Las amiotrofias de estos enfermos nos obligan a establecer relaciones genéticas con

la miotonía congénita. Este caso es interesante, entre otras cosas, por los doce años de edad que ha alcanzado el enfermo, siendo la supervivencia de casos semejantes tan escasa, que sólo alcanzan los seis o siete años, por lo general.

DR. LLOPIS LLORET: *Sobre la conducta a seguir en ciertos casos de psicopatía.*

Presenta un caso de psicopatía hipertímica. Después de unas consideraciones sobre el diagnóstico diferencial con la hipomanía, expone el problema social que plantea dicho caso. Se trata de un individuo irritable, al que habría que incluir en el subgrupo de los hipertímicos pendencieros. El propio sujeto reconoce: «Yo tengo mal genio, mal temperamento, mal carácter, constitución defectuosa. Yo soy un inadaptado a la vida, al ambiente social». La falta de establecimientos o de organismos especiales y adecuados para la asistencia y vigilancia de estas personalidades psicopáticas hace que se plantee el problema a seguir frente a semejantes casos. El paciente considera su reclusión como un atropello y reclama su libertad. Su esposa, por el contrario, exige que se mantenga recluso, porque teme ser víctima nuevamente de sus agresiones. La simple posibilidad del daño que pueda provocar, ¿justifica la privación de la libertad duradera o permanente? Por otra parte, ¿debe el psiquiatra dar de alta a un psicópata semejante, cargando con la responsabilidad de los actos que pudiera realizar ulteriormente? En realidad, la solución de estos problemas no pueden darla los médicos más que en colaboración con los juristas.

PROF. LÓPEZ IBOR: Subraya la responsabilidad moral del psiquiatra en el problema que plantea la reclusión de estas personalidades anormales. Se ocupa, después, de establecer diferencias psicopatológicas entre este tipo de hipertímicos con las hipomanías, considerando a éstas, no a lo largo de su evolución, sino desde el punto de vista transversal de una fase; en las hipomanías, lo que más resalta es la euforia, que en el caso presentado no es tan marcada como la irritabilidad.

DR. ESCUDERO ORTUÑO: *Un caso de P. G. P. juvenil en un sujeto homosexual.*

Se trata de un enfermo de veintiséis años, que realiza prácticas homosexuales desde su época de estudiante de bachillerato, a raíz de la última de las cuales fué encarcelado; ingresa en la clínica por haber presentado un ictus pasajero. En la anamnesis no se recogen síntomas de contagio sifilítico. En la exploración neurológica, encontramos unas pupilas midriáticas, reaccionando la derecha muy poco a la luz, y las dos, muy perezosamente a la convergencia. Hay, además, una leve hiperquinesia en pie izquierdo, y una ligerísima disartria. Además, se encuentran síntomas subjetivos de la serie neurasténica (pérdida de memoria, fatiga intelectual, etc.). La serología en líquido céfalorraquídeo, practicada en distintos laboratorios, es de tipo francamente paralítico. A raíz de una intensa vivencia emotiva, relacionada con sus trastornos instintivos, aumenta el temblor, generalizándose a toda la extremidad inferior izquierda. Se examinan las edades de presentación de lo P. G. P., considerando la rareza de este caso si se tratase de una sífilis adquirida, e igualmente la desmesurada prolongación del período de latencia tardía si se tratase de una sífilis congénita; sin embargo, se estima ésta como posible, teniendo en cuenta que hay casos referidos en la bibliografía, como el de Klieneberger, en que dicho período de latencia se prolongó treinta y dos años. Examina después el temblor de la extremidad inferior izquierda, atribuyéndole una motivación psicógena, en la que influyen las circunstancias sexuales anómalas del enfermo y el choque con el medio derivado de ellas; los síntomas psicógenos se presentan con facilidad en todas las afecciones graves del cerebro, y mucho más hay que admitir esta posibilidad en un enfermo cuya personalidad aún se conserva bien, por estar el proceso paralítico en su iniciación.

DR. LLOPIS LLORET: No cree que se trate de una sífilis congénita, aunque admite esta posibilidad, para descartar la cual, ya ha sido recomendada la investigación serológica a la familia del enfermo.

**LISTA de Trabajos presentados en el Congreso de Psiquiatría,
Año 1942 (enero) procedentes de la Policlínica de Psiquiatría del Hospital de San Carlos.**

Estudios de psicopatología de los vagabundos. P. Malabia.

Estudios psicopatológicos sobre prostitutas. F. J. Echalecu.

La experiencia psicoterápica en la práctica policlínica. P. Malabia y F. Cores.

Cuadros neuropsiquiátricos en el tifus exantemático. A. Rosado.

Experiencia en el tratamiento ambulante de la esquizofrenia y psicosis maniácodepresivas. D. Morillas.

(Véanse las Actas del Congreso.)

GRÁFICAS GONZÁLEZ. - MIGUEL SERVET, 15. - TELÉF. 70710. - MADRID

