

Dr. JUAN J. LÓPEZ IBOR

CAPÍTULO
de
NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA
en
SÍNTESIS MÉDICA 1943 - 1944

Resumen de los principales trabajos bibliográficos
últimamente publicados, especialmente en relación
con la terapéutica clínica



PUBLICACIÓN



BARCELONA - 1944

CAPÍTULO

NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

SÍNTESIS MÉDICA 1943 - 1944

Resumen de los principales trabajos bibliográficos
últimamente publicados, especialmente en relación
con la terapéutica eléctrica.

NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA

NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

Dr. Juan J. López Ibar

Catedrático Jefe del Servicio de Neuropsiquiatría del Hospital General de Madrid

CAPÍTULO

de

NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

en

SÍNTESIS MÉDICA 1943 - 1944

**Resumen de los principales trabajos bibliográficos
últimamente publicados, especialmente en relación
con la terapéutica clínica**



CAPÍTULO
de
NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA
en
SINTEISIS MÉDICA 1943 - 1944

Resumen de los principales trabajos bibliográficos
últimamente publicados, especialmente en relación
con la terapéutica clínica

//

QUINTILLA, CARDONA Y C.^o, S. L.
José A. Primo de Rivera, 482-Barcelona

Ayuntamiento de Madrid

NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

Dr. Juan J. López Ibor

Catedrático Jefe del Servicio de Neuropsiquiatría del Hospital General.
Madrid

La selección de los trabajos referidos en las páginas siguientes se ha hecho con criterio práctico. Los problemas teóricos ocupan un lugar preeminente en la neuropsiquiatría y es casi imposible seguir el desenvolvimiento de la misma, prescindiendo de ellos. Sin embargo, por la naturaleza y plan de esta *Síntesis*, nos vemos forzados a elegir aquellos temas que ofrecen mayor interés diagnóstico y terapéutico para el médico general.

ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Uno de los temas que más ha ocupado la atención en los últimos tiempos es el de la *esclerosis múltiple*. Entre los diversos trabajos publicados sobre la misma, los más notables son los de SCHALTENBRAND, resumidos en su libro y en varios artículos. Recogiendo una gran estadística se llega a la conclusión de que el 70 ó el 80 por 100 de los enfermos de esclerosis múltiple tienen un mal pronóstico (fallecimiento o incapacidad para el trabajo). SCHALTENBRAND pasa revista a los métodos terapéuticos más eficaces. El tratamiento más antiguo, el de las fricciones mercuriales, sigue en uso, y es, indudablemente, uno de los más eficaces y menos dañinos, aunque sobre él las publicaciones sean muy escasas.

Pronóstico

Buscando la misma acción oligodinámica, se ha empleado la plata en forma de nitrato de plata y de colargol, pero aunque se presentan remisiones durante este tratamiento, no se puede asegurar que sean debidas al mismo.

La clínica de Nonne propuso la fibrolisina, pensando en conseguir con ella un reblandecimiento de las cicatrices escleróticas; a partir del año 1925 no se han publicado más trabajos sobre este tratamiento, pero según hace constar SCHALTENBRAND, los resultados con el mismo no eran peores que los conseguidos con otros tratamientos. Los preparados arsenicales se han usado muchas veces. Sin embargo, el salvarsán ha caído en desuso desde que ya no se cree que la esclerosis sea una enfermedad espiroquetósica.

Fibrolisina
y arsénico

La piretoterapia ha sido también ensayada en la esclerosis múltiple en forma de pirifer, malaria, fiebre recurrente y phlogetán. Los resultados son muy discutidos, si bien algunos autores han obtenido algunos éxitos (DREYFUS, WAGNER v. JAUREGG, BARIE).

El tratamiento con la vacuna de Purves-Steward ha sido totalmente olvidado desde que el propio autor no habla más de su descubrimiento de la esférula insularis. Sobre el tratamiento salicílico se encuentra escasa literatura, aunque podría suponerse que, en general, la medicación antirreumática debería tener una cierta eficacia en el tratamiento de esta enfermedad. La opinión de SCHALTENBRAND no es favorable a este tratamiento. BRICKNER propuso la quinina, pero tampoco aparecen claros los fundamentos ni los resultados obtenidos con esta terapéutica. Con el propósito de eliminar el supuesto agente lipolítico de los espacios sub-

Vacuna

Punciones
lumbares

aracnoideos, HALLERVORDEN recomendó las punciones lumbares repetidas. La experiencia ha demostrado que esta conducta es ineficaz, si no peligrosa, debiendo escatimarse las punciones lumbares en la esclerosis múltiple, a las absolutamente imprescindibles, para establecer un diagnóstico, ya que tras ellas se suelen instalar agudizaciones de la enfermedad.

Suero hemolítico

Mucha polvareda ha levantado en los últimos tiempos el tratamiento con el suero hemolítico de Laignell-Levastine y Koressius. El suero se obtiene inmunizando conejos con la sangre de los enfermos de esclerosis. El suero de los conejos así tratados posee energías propiedades hemolíticas contra la sangre humana y, según los autores citados, contendría anticuerpos contra el agente provocador de la esclerosis múltiple. Con la inyección del suero hemolítico se produce, en primer lugar, una reacción local y después una agravación en el cuadro general del enfermo, pero, posteriormente, se produce una clara mejoría. BECK y MARTINI han publicado un extenso trabajo sobre esta terapéutica, en el que manifiestan no haber observado ninguna acción beneficiosa de la misma y sí sólo una agravación del cuadro clínico.

Con la roentgenterapia parece haberse obtenido éxito en algunos casos. Muy clara parece su acción con respecto a la pleocitosis, aun en casos en que ésta no ha disminuído con otros tratamientos y con el reposo.

Vitaminas

Con el auge de la atención dedicada a las vitaminas, como factores patógenos, en los últimos años, es natural que se haya pensado en tratar la esclerosis múltiple con ellas. Unos autores prefieren la vitamina B₁; otros la C; otros la mezcla de las mismas con otras. SCHALTENBRAND aconseja una alimentación rica en vitaminas naturales, a la cual se agregan preparados con vitaminas A, B, C y D. Con este tratamiento dice haber conseguido resultados favorables, aun en casos con parálisis que duraban largo tiempo, especialmente en algunas enfermedades en las que el puerperio y la lactancia habían producido una agravación de la enfermedad.

Suponiendo que la esclerosis múltiple está producida por un virus, se ha tratado de hallar un suero activo contra la misma, como en la poliomielitis. Mientras tanto, SCHALTENBRAND aconseja la práctica de pequeñas transfusiones semanales en estos enfermos. En casos graves de enfermedad, yo he visto provocarse algunas mejorías por este sistema. En la Clínica de la Charité, MAX DE CRINIS aconseja el uso de las inyecciones de Homoseran (suero placentario). Yo uso con frecuencia esta terapéutica.

Transfusiones
sanguíneas

En resumen, pues, lo que parece más eficaz es la combinación de las curas mercuriales con el tratamiento vitamínico y las transfusiones sanguíneas repetidas. Es necesario insistir reiteradamente sobre la conveniencia de mantener en absoluto reposo al poliesclerótico durante los brotes agudos, lo mismo que ocurre con otras enfermedades infecciosas.

POLIRRADICULITIS

Neuronitis

En estos últimos tiempos ha adquirido una extraordinaria importancia el problema de la *polirradiculitis*. Esta designación la emplearon primero los autores franceses (GUILLAIN-BARRÉ) aislando un tipo especial de ellos, que se caracterizaba por un curso benigno y por la disociación albuminocitológica. Después se ha ampliado el cuadro clínico. Los autores americanos han establecido el grupo general de las *neuronitis*, tesis que comparte entre nosotros JIMÉNEZ DÍAZ; pero aparte de que el vocablo se presta a demasiadas confusiones, lo que ha impedido una aceptación general, también el concepto resulta demasiado difuso.

Etiología

La escuela alemana y húngara ha precisado más el concepto, usando el término de *polirradiculitis*. BANNWARTH, en una serie de notables trabajos, publicados de 1941 a 1943, ha precisado el concepto y elaborado una teoría que, por lo bien fundada, merece su aceptación. Ha partido del

estudio de las polineuritis serogenéticas, es decir, las que aparecen tras la inyección de suero; la causa más común es la inyección profiláctica del suero tetánico. KRAIS ha publicado, recientemente, un caso tras la vacunación antitífica. Las polineuritis serogenéticas constituyen el modelo del cuadro de GUILLAIN-BARRÉ. A ellas se agregan las reumáticas. En muchos casos es posible descubrir un foco infeccioso (infección local) que produce una reacción hiperérgica de las raíces nerviosas; esta reacción se traduce en una inflamación serosa del mesenquima del sistema nervioso periférico. Las llamadas polineuritis infecciosas aparecidas en el curso de una infección general como el tifus, pertenecen al mismo tipo: no se trata, por consiguiente, en ellas, de un ataque directo del germen o de sus toxinas contra las raíces nerviosas, sino más bien de un proceso hiperérgico frente al estímulo infeccioso. Lo que ocurre con la llamada polineuritis post-diftérica constituye un buen ejemplo. En las polineuritis que aparecen en el curso de enfermedades gastrointestinales hay que pensar en una acción tóxica directa sobre las paredes de los capilares. En favor de esta tesis general de las polineuritis habla el hecho de que no ofrecen diferencias clínicas ni serológicas entre sí, ya procedan de una infección local, de una vacunación profiláctica, o de una enfermedad infecciosa general. En todos los casos, se trata de una polineuritis intersticial, cuyo origen alérgico ha sido demostrado por las investigaciones anatómicas de KRÜCKE.

El análisis del líquido cefalorraquídeo es, como se sabe, muy decisivo y característico: la disociación albuminocitológica. Esto demuestra que el proceso muestra una preferencia por las raíces nerviosas en su trayecto intradural, lo cual ya se halla también demostrado por los trabajos anatomopatológicos de PETTE, MARGULIES, KYÖRNEY, etc. El aumento de la cantidad de albúmina se debe a una trasudación de la albúmina plasmática de los vasos nutricios de las raíces y de la meninges. Un resultado parecido nos ofrece el análisis del líquido en otras enfermedades totalmente distintas, tales como el neurinoma acústico, pero en las cuales intervienen los mismos factores biológicos y fisicoquímicos. BANNWARTH llama la atención sobre sus interpretaciones del síndrome líquido de compresión medular (DE NONNE-FROIN), en el que intervienen también mecanismos parecidos.

PENICILINA EN MENINGITIS

CAIRUS refiere 16 casos de meningitis por neumococos tratados por la penicilina, intratecalmente; en tres de ellos se usó también por vía intramuscular. En dos casos en los que la meningitis fué contenida, la muerte se produjo por un absceso subdural en uno y en otro por una ventriculitis con obstrucción del acueducto de Silvio. La inyección de diluciones de 500 unidades por cc. y dosis diarias de 6.000 unidades, produce muy leves trastornos. Una inyección de 20.000 unidades en la dilución de 1.000 por cc. en un ventrículo lateral, produjo una grave reacción. La inyección por vía intralumbar sólo, no basta para impedir un tabicamiento y, por consiguiente, no logra el paso de la penicilina a los ventrículos.

CEFALALGIA FEBRIL

La *cefalalgia febril* consiste en una enfermedad infecciosa, observada muy frecuentemente en el frente oriental, y que se caracteriza, sobre todo, por grandes dolores de cabeza que no se localizan en la frente, como en la fiebre Wollynica, sino en la región parietal y en la nuca. La curva febril es de tipo remitente, pero a veces existen curvas en dromedario. Como sintoma precoz aparece la gran saburra lingual de color pardo y una bronquitis difusa. En el líquido cefalorraquídeo se observa una pleocitosis y, a veces, el cuadro de una meningitis linfocitaria. El pronóstico es benigno. (GOLDECK y WALTHER).

Síndrome de Guillain-Barré

Líquido cefalorraquídeo

SINDROMES DOLOROSOS EN HERIDAS DE NERVIOS

Empleo
de la insulina
y vaccineurina

Mucha atención se dedica al tratamiento de los diversos *síndromes dolorosos tras las heridas de los nervios periféricos*. BÜDINGEN y KOLMER han obtenido resultados excelentes con la vaccineurina y la insulina. HIRSCHMANN propugna la extirpación del ganglio estrellado en las *causalgias* de los brazos y la de los ganglios sacros primero y segundo y el quinto lumbar en las *causalgias* de los miembros inferiores. Los resultados obtenidos son, realmente, extraordinarios.

ALGIAS FACIALES

Tipo de
neuralgia facial

Un problema muy interesante desde el punto de vista práctico es el de las *neuralgias de la cara*. VENTURI ofrece un buen resumen sobre el problema. Una neuralgia facial puede consistir en una de estas alteraciones:

- Neuralgia del trigémino.
- Neuralgia del glosofaríngeo.
- Neuralgia del facial.
- Simpatalgia facial.
- Psicalgia facial.

Neuralgia
del trigémino

Las neuralgias del trigémino son muy bien conocidas para que insistamos en su descripción. Desde el punto de vista terapéutico, hemos de distinguir las secundarias de las primarias. En las primeras se utilizará el tratamiento etiológico. En las neuralgias esenciales se utiliza la fisioterapia, la farmacología y la cirugía.

Fisioterapia: Puede utilizarse la galvanización (método de BERGONIÉ), la ionización y la radioterapia. En la galvanización se somete todo el territorio del trigémino a la acción del polo positivo, haciéndole atravesar una corriente de alta intensidad (40, 50 ó más miliamperios). En la técnica de BERGONIÉ, el electrodo debe ser esponjoso, de forma particular, como una semimáscara facial. Se practican aplicaciones diarias durante tres meses.

En la ionización se emplean diversos medicamentos: la quinina, los salicilatos, el calcio, la aconitina (solución al 2 por 1.000), la histamina, etcétera. DUHEM emplea soluciones de 250 mgr. de aconitina por 1.000, lo que impide llevar la corriente de paso por encima de los 15 miliamperios, debido a la sensación de ardor que se produce.

La eficacia de la radioterapia es muy discutida. El haz activo debe dirigirse sobre el ganglio de Gasser. La dosis total debe ser de 3.000 R., distribuido en tres semanas a dos sesiones.

El tratamiento quirúrgico es, sin duda, el más eficaz. La alcoholización del ganglio sigue siendo muy empleada, a pesar de las críticas de los neuro-cirujanos. CARLOS GAMA ha introducido modificaciones muy importantes en el método de HAERTEL. En el método de KIRSCHNER se electrocoagula el ganglio. Entre los métodos netamente quirúrgicos (neurotonia netrograsseriana a lo FRAZIER, neurotonia yuxta-protuberancial de DANDY, y sección de la raíz descendente del trigémino de SJÖQVIST), la elección debe hacerse según los caracteres del caso. WEIMBERGER y GRANT han practicado la operación de SJÖQVIST en 19 casos y comprobaron en casi todos complicaciones neurológicas. Según estos autores, los neuro-cirujanos que no las tuvieron fué porque se quedaron cortos en la incisión y no lograron la analgesia deseada; para ellos, la tractotomía sólo debe emplearse en casos especiales, tales como tumores malignos de cara, lengua, faringe, etc., en lo que debe intervenir al mismo tiempo sobre el glosofaríngeo y los nervios cervicales superiores.

Neuralgia del
glosofaríngeo

La *neuralgia del glosofaríngeo* se caracteriza por dolores localizados profundamente en la base de la lengua, en el ángulo de la mandíbula y en la región amigdalina. El dolor es discontinuo y estrictamente unilateral, desencadenándose por motivos banales (tos, espiración, deglución). La crisis dolorosa es violentísima, comparándose a una daga que se

clava; el dolor se irradia después a la región submaxilar, velo del paladar y caja del tímpano. El único tratamiento consiste en la neurotonía exo o endocraneana. La *neuralgia del facial* forma parte del síndrome de Ramsay Hunt (zona del ganglio geniculado). El tratamiento no es específico, ya que el virus no ha sido aislado. El suero de convalecientes atenúa o abrevia la duración de los dolores postherpéticos. También se aconseja la autohemoterapia. Los rayos ultravioleta, los salicilatos y yoduros parecen ser activos, así como el betabión.

Neuralgia del facial

En el *tic doloroso del nervio intermediario*, la sintomatología intermitente consiste en dolor interno dentro del oído izquierdo. No aparecen por la deglución. FURLOW practicó en un caso la neurotomía del intermediario de Wrisberg.

Neuralgia del intermediario

Las *simpatalgias faciales* se asocian muchas veces a la neuralgia del trigémino; pero, a veces, aparecen después de la neurotomía retrogras-seriana. Se trata de un dolor continuo, difuso, produciendo la sensación de una quemadura y provocando malestar. El dolor se provoca por la emoción y se acompaña a veces de perturbaciones de carácter simpático. Como tipos especiales se distinguen: el síndrome del ganglio ciliar o síndrome del nervio nasal y el síndrome del ganglio esfenopalatino.

Simpatalgias

Son muy resistentes al tratamiento. Aparte de la medicación sintomática del dolor, se emplea la electroterapia, la anestesia del ganglio esfenopalatino con el líquido de Bonain y las intervenciones sobre el simpático.

Las *psicalgias faciales* (dolores de origen psíquico) han recibido diversos nombres: topoalgias (BLOEG), algias psíquicas (HUCHARD), dolores habituales (BRISSARD), cenestopatía (DUPRÉ), neuralgias neurasténicas (JENDRASSIK), neuralgismo (SICARD), dolores histéricos (GORDON), etc. Su tratamiento consiste en la psicoterapia.

Psicalgias

PARALISIS FACIAL

En la *parálisis facial*, ALLEN y NORTHFIELD recomiendan un aparato protésico intrabucal, cuyo modelo describen en su trabajo y que tiene por finalidad mantener los músculos en buena posición para que su recuperación no se vea impedida por anómalas o viciosas distensiones.

Prótesis

TRAUTERMANN señala que en la inervación del levator veli palatini (elevador del velo del paladar) intervienen también el glosofaríngeo y el vago, por lo que no puede concederse indiscutible validez al esquema de Moritz para el diagnóstico de las parálisis faciales periféricas.

Signo diagnóstico

TRATAMIENTOS INTRALUMBARES

BOSCHI ha publicado un nuevo trabajo sobre los tratamientos *diacéfalo-lumbares*. Consisten en introducir por vía lumbar o suboccipital, aire, líquido del enfermo, agua destilada o una solución medicamentosa diluida, después de haber evacuado 10 cc. de líquido cefalorraquídeo. Los enfermos deben quedar encamados durante 5 ó 6 días. El autor del método refiere éxitos terapéuticos en diversas enfermedades: dejando aparte el tétanos, cita un caso de esclerosis lateral amiotrófica, diversos de esclerosis múltiples y de afecciones oculares. Hay que advertir, sin embargo, que los trabajos del clínico de Modena no encuentran demasiado eco en la literatura.

Técnica de Boschi

Sobre el empleo por *vía lumbar* de las sulfamidias existen todavía disparidad de opiniones. Por mi propia experiencia no me siento inclinado a ello. HARREN publica un caso de meningitis por neumococos, tratado por cibazol intralumbar. Su observación contradice el criterio de SAKERS y de ARLTS. El citado autor piensa en la posibilidad de poder emplear en el futuro esta vía de utilización sin daños para el organismo.

Sulfamidias intralumbares

FLIPERTEMA ARTIFICIAL

La combinación de la *fiebre artificial* con la quimioterapia está a la orden del día en el tratamiento de la neurosífilis. Como sistemas productores de fiebre artificial, se han usado los siguientes: baños calientes,

Aparatos

gabinetes de aire caliente, mantas eléctricas, diatermia, corrientes de alta frecuencia y el hipertermo de Kettering. En contra de las previsiones lógicas resulta posible tratar paralíticos, a pesar de que se trata de enfermos mentales cuya cooperación a la terapéutica no es segura ni fácil. Las ventajas atribuidas a la fiebre artificial consisten en que puede controlarse con facilidad la temperatura producida en el enfermo, y, además, en la posibilidad de administrar simultáneamente la quimioterapia. El coeficiente de mortalidad es pequeñísimo. En todos los métodos la temperatura que debe lograrse es de 41° C., en sesiones semanales de cinco horas de duración. Posteriormente se ha hecho una reducción de la duración de las sesiones a tres horas, con un total de 36 horas. Con esta reducción, los resultados clínicos y serológicos fueron iguales que con el método anterior. También puede hacerse un tratamiento trisemanal en casos especiales. SALOMÓN, KOPP y ROSE han elaborado un método de hipo-hipertermia. NICOLE resume así su opinión sobre estos métodos: En la fiebre artificial la mortalidad es menor, pero con un manejo inteligente de la malaria, que también es necesaria para el otro método, se reduce enormemente la mortalidad por la malaria. Esta tiene la ventaja de poder tratar simultáneamente a mayor número de enfermos.

INDICACIONES DE LAS VITAMINAS EN LAS ENFERMEDADES NEUROLOGICAS

Existe tanta confusión acerca de la utilización de las vitaminas en las enfermedades del sistema nervioso, que creemos conveniente reunir aquí el estado actual de la cuestión, siguiendo especialmente un trabajo de WORTES y JOLLIFFE.

Thiamina

Vitamina B (thiamina): a) Síndrome neurasténico. No hay que pensar que toda neurastenia es debida a un defecto de thiamina o de otros principios nutritivos. Mi experiencia personal más bien habla en contra, excepción hecha de las «epidemias» carenciales tan bien estudiadas por PERAITA y LLOPIS desde el punto de vista neuropsiquiátrico. Allí se demuestra que existe una neurastenia pelagrosa. Es posible que nos encontremos fuera de ellos con casos mitigados debidos a una deficiencia vitamínica, pero necesitan caracterizarse bien y aislarse del gran número de síndromes neurasténicos de otro origen.

b) Neuropatía periférica. Según los actuales datos de la clínica y de la investigación quimicobiológica, es probable que en la polineuritis alcohólica intervenga como factor asociado un déficit de thiamina. Hay que señalar, sin embargo, la posible acción de otros factores nutritivos.

c) El uso de la thiamina en la esclerosis múltiple y en la neuralgia del trigémino no produce más que fracasos, por regla general.

d) Encefalopatía alcohólica. 1. Delirium tremens. En el delirium tremens es probable que intervenga la ausencia de alguna vitamina todavía no descubierta o aislada. En cambio, no debe considerarse como demostrada la intervención causal de la ausencia de thiamina o de ácido nicotínico.

2. Síndrome de Wernicke. Este síndrome se presenta asociado siempre a déficit de thiamina. Sus características clínicas son bien conocidas y el diagnóstico es fácil, por consiguiente. En el tratamiento es importante el uso de esta vitamina, pero teniendo, además, en cuenta, el estado de la nutrición.

3. Síndrome de Korsakow. No está aún determinado el papel de la thiamina en este síndrome. Se necesitan más estudios para aclararlo; hasta ahora no se ha mostrado como decisivo y los trabajos que lo pretenden no son convincentes.

Nicotamida

Acido nicotínico. — Las psicosis agudas asociadas con pelagra responden bien al ácido nicotínico. Los resultados a veces son sorprendentes, pero su acción es menos manifiesta en los casos crónicos. La deficiencia de ácido nicotínico se manifiesta en un cuadro bien característico (lo que antes se llamaba tifus pelagroso) y que consiste en: oscureci-

miento de la conciencia, negativismo motor y reflejos de prensión y de succión. Este cuadro tiene un interés neuropatológico general y se encuentra en otras enfermedades. Recientemente hemos visto un caso muy típico producido por la intoxicación por el óxido de carbono. En los casos de tifus pelagroso la acción del ácido nicotínico es indudable. En los otros no se ha podido aún comprobar.

Vitamina B₆. — a) Parálisis agitante. Un número reducido de casos se benefician por la piridoxina, pero sería un error atribuirle una acción específica.

Piridoxina

b) Distrofia muscular. La literatura revisada confirma la opinión de que los resultados son negativos.

Vitamina E. — Se ha ensalzado mucho su acción en la esclerosis lateral amiotrófica y en la distrofia muscular progresiva. Sin embargo, se va haciendo unánime el criterio de que esta vitamina es absolutamente ineficaz en estas enfermedades. Yo la he usado con largueza y nunca he visto ninguna acción favorable.

Tocoferoles

AL MARGEN DE LA EPILEPSIA

SCHULTZ ha dedicado una excelente monografía a los *ataques sincopales vasomotores*. Las necesidades de la guerra y de la aplicación de las leyes de profilaxis de las enfermedades mentales han obligado a los alemanes a perfilar los diagnósticos de epilepsia. Existe un gran grupo de enfermos con ataques, que no deben ser incluidos, en modo alguno, en el círculo de la epilepsia: son enfermos con ataques sincopales. Estos pueden adoptar diversas formas, y, por ello, son conocidos en clínica bajo nombres distintos. Los tipos más frecuentes son: reacciones sincopales reflejas al dolor o al pánico, reacciones sincopales por desfallecimiento o agotamiento, ataques cardiovasomotores en sentido estricto, colapsos ortostáticos, ataques psicopáticos autóctonos de origen endógeno-cíclico.

Ataques sincopales vasomotores

Tipos y clínica

El cuadro general del ataque es poco característico. La mayoría de las veces falta el aura o sólo existe en forma de oscurecerse la vista o de molestias orgánicas vagas e indeterminadas. El ataque consiste en un desmayo, con caída al suelo, que, en ocasiones, puede evitarse por el influjo de la voluntad. La conciencia parece perderse brevisísimamente. En el acceso predominan las alteraciones vegetativas, tales como sudores, palidez facial, a veces vómitos; en cambio, faltan los signos motores. Los ataques son más frecuentes en las horas tempranas de la mañana. Acompañado a los accesos se encuentran diversas alteraciones; por ejemplo, en algunos electrocardiogramas se observa una elevación del segmento S T en 2.^a y 3.^a derivación. También se observan reacciones hipoglucémicas.

La diferenciación es muy importante desde el punto de vista terapéutico. El luminal y los barbitúricos no se hallan indicados aquí; en el caso de unos sedantes, éstos han de ser de tipo más ligero. Mejor resultado dan los analépticos, y de ellos, el *simpatol* es el más indicado.

PETTE insiste sobre los *ataques vegetativos (crisis diencefálicas)*. Por regla general, se presentan en hombres de edad media. Como factores desencadenantes cita los esfuerzos físicos y psíquicos. El acceso se presenta en la siguiente forma: pródromos, consistentes en sensación de relajación, inquietud interior, opresión precordial, sudores, etc., a los que sigue la alteración de conciencia, que puede durar muchas horas. A veces, se observa en el comienzo del ataque una breve rigidez tónica y durante el mismo aparecen trastornos vegetativos, tales como diarreas, náuseas, vómitos, etc. Se trata de crisis en los mecanismos reguladores periventriculares.

Ataques vegetativos de Pette

SINTOMAS NEUROLOGICOS HIPOGLUCEMICOS

La hipoglucemia espontánea ofrece un extraordinario interés neurológico. Las convulsiones que se presentan en el ataque inducen a diagnosticar — falsamente — de epilepsia a estos enfermos. BLECK y HOLZGRAEFE han publicado unos trabajos muy interesantes sobre su terapéutica. En una

Hipoglucemias
espontáneas

serie de enfermos con hipoglucemias espontáneas han hallado cifras de metabolismo basal oscilantes entre -9% y -46% . No existen otros síntomas de hipotireosis. La excitabilidad vasomotora, la labilidad circulatoria y las alteraciones vegetativas postulaban más bien la existencia de una hipertireosis. El descenso del metabolismo basal no debe tomarse hoy día como demostración segura de la existencia de un mixedema o de una hipotireosis. Se encuentra también en otras alteraciones metabólicas y, especialmente, en la inedia. Aparece con mucha frecuencia en las alteraciones diencefalo hipofisarias. En los enfermos con hipoglucemia espontánea se encuentran una serie de signos que hacen sospechar la existencia de una alteración diencefalo hipofisaria. Así, pues, el descenso en el metabolismo de base y la glucemia serían trastornos coordinados aparecidos como consecuencia de una enfermedad primaria de aquel sistema.

Terapéutica

Establecida esta tesis, resulta lógico tratar con extracto tiroideo las hipoglucemias espontáneas. El tratamiento aumenta el metabolismo y los signos de glucemia.

PSIQUIATRÍA DE GUERRA

La guerra actual ha dado lugar a la publicación de numerosos trabajos. Es curioso señalar que en Alemania, en contra de lo que acaeció en la de 1914-18, la bibliografía apenas se ha acrecido. No así en Inglaterra y los Estados Unidos. En Alemania, STÖRRING ha publicado un resumen: en general, la experiencia psiquiátrica durante la guerra actual confirma la que ya se tenía por la contienda anterior. Sólo ha decrecido el número de las neurosis.

Psicosis

GEORGI ha publicado un buen resumen sobre la cuestión en los Archivos suizos de Neurología y Psiquiatría. Sus conclusiones coinciden con las que nosotros formulamos a propósito de la guerra española en nuestro libro «Neurosis de guerra». Los combatientes activos se muestran más resistentes frente a los traumas psíquicos de la guerra que los de la guerra anterior. Las influencias exógenas no desempeñan apenas ningún papel en la provocación de la parálisis general, de la psicosis maniacodepresiva o de la esquizofrenia. A lo más se observa alguna exacerbación de un brote esquizofrénico. GEORGI se inclina a pensar, fundándose en los trabajos de Weise, que en la mayoría de las epilepsias traumáticas se trata del desencadenamiento de una epilepsia idiopática o genuina por el trauma cerebral.

Histeria

Los temblores histéricos han disminuído enormemente. En cambio han aumentado las neurosis intestinales y gástricas. Se ha confirmado, pues, la observación realizada durante nuestra guerra sobre la «interiorización» de los mecanismos neuróticos. En Alemania se han publicado recientemente algunos trabajos sobre *alteraciones funcionales de la micción* en los combatientes. A mi modo de ver, se trata de una faceta más del problema de las neurosis orgánicas desarrolladas a consecuencia de la guerra.

Angustia
y miedo

Las observaciones psiquiátricas realizadas durante el desembarco en las playas normandas por ANDERSON, JEFFREY y PAI confirman la razón de la nueva actitud en el problema de las neurosis. Todos los combatientes sabían que cada vez tenían más miedo. No tenían que negarlo o convertirlo en síntoma somático, puesto que la actitud del grupo militar lo hacía innecesario. El miedo se aceptaba por los oficiales y camaradas como algo que debía ser vencido o tratado, pero no negado. Los síntomas de conversión eran efímeros y su función primaria consistía en defender a los combatientes de sus propias emociones de miedo, pavor o dolor. Lo que no existía era la ganancia secundaria, la consolidación de los síntomas. En este mismo trabajo, comparando las reacciones neuróticas de los soldados en 1940, cuando la retirada de Dieppe y las del desembarco en Normandía, se reconoce la existencia de los factores morales. En nuestra guerra se vió con toda evidencia. Lo mismo piensa, en definitiva, WIETFELD cuando habla de la neurosis de guerra como enfermedad por déficit psíquico.

La enorme complicación mecánica de la guerra moderna y la mayor autonomía dejada a los combatientes, exigen una más rigurosa selección del material. La psicología de guerra ha crecido considerablemente durante ésta. A SIMONEIT, en Alemania, se le deben muy interesantes trabajos.

El tratamiento de los accesos agudos de ansiedad y, en general, de las reacciones neuróticas agudas debe hacerse en lugares muy próximos al frente. Ingleses y americanos se inclinan mucho por provocar en los soldados un estado de semisueño durante dos o tres días, a veces, combinado con narcoanálisis. El descanso físico, acrecentado por la relajación farmacológica de un clima moral adecuado, permite devolver al frente, en muy pocos días y totalmente recuperados, a la mayoría de los enfermos.

Tratamiento en las neurosis de guerra

AMINAS ESTIMULANTES

Las llamadas «aminas estimulantes» (bencedrina, pervitin, simpatina, profamina, centramina, etc.) han despertado un enorme interés, por lo cual conviene esclarecer algunos puntos respecto a sus efectos y a su utilización. La literatura sobre ellas es ya considerable y, a veces, no todo lo unánime que fuera deseable. El gran público se ha lanzado sobre ellas, al margen de la medicina, y por ello conviene advertir sobre sus peligros.

Estas aminas tienen una acción estimulante central y una acción simpaticotónica periférica; algunos autores las clasifican por ello como pseudo-simpaticomiméticas. Sus efectos sobre individuos mentalmente normales son: aumento de la iniciativa y de la eficacia general, incremento de la facilidad expresiva (lenguaje) y motora, irritación, una corta elevación del estado de ánimo, fatiga e insomnio. En algunos casos, se observan efectos paradójicos, como aumento de fatiga, depresión, intranquilidad, cierto embotamiento de la conciencia, con tendencia a estados deliriosos y reacciones vasomotoras. En la investigación del rendimiento mental mediante los *test* psicológicos, se ha observado una cierta mejoría en los resultados, pero ésta debe interpretarse más como debida a una hipervigilancia de la atención que a un específico aumento de la habilidad para resolver el *test*.

Su acción

En el sistema cardiovascular produce una elevación de la presión sistólica y diastólica cuando se toma por vía oral, e incluso se han observado ciertas caídas de tensión. El pulso está aumentado en los pacientes excitados y no lo está en aquellos en los que la droga produce una paradójica depresión. En algunos casos se ha observado arritmia sinusal, taquicardia paroxística, extrasístoles, palpitaciones y bradicardia, pero, a pesar de ello, el electrocardiograma se suele mantener normal. Sobre el estómago produce los siguientes efectos: deprime los estados hipertónicos, compensa los hipotónicos y no produce ningún efecto en los normales. Aumenta la rapidez del vaciamiento gástrico inicial, pero retrasa el definitivo. En el intestino delgado su acción es variable. En los enfermos se nota unas veces diarrea y otras estreñimiento. La acción sobre la vesícula biliar es poco aparente. A veces, produce disuria.

Efectos en los diversos aparatos

Se ha señalado un aumento de la libido con el uso de la droga, pero también una disminución. Al principio del uso, produce una disminución moderada del peso, pero este efecto no suele mantenerse. Durante las primeras horas tras la ingestión o administración del fármaco, el metabolismo de base está aumentado. Instilada en el ojo, produce una midriasis. Los individuos asténicos son más sensibles a la droga que los pícnicos.

Los efectos de la ingestión de la droga desaparecen a las cuatro o seis horas; sus máximos efectos se alcanzan entre la primera y segunda hora. Por inyección, los efectos son más rápidos. Ya con dosis de 5 miligramos se consiguen efectos evidentes sobre el psiquismo. Se ha llegado a tomar 200 miligramos diariamente sin producir daño visible. Varía mucho la tolerancia de los sujetos con respecto a la droga.

Dosificación

Se ha señalado en algunos casos una verdadera toxicomanía con estos medicamentos; sin embargo, no se trata de una acción específica del medicamento, sino de la constitución psicopática del que lo toma. Se trata de individuos aficionados a otras muchas cosas en dosis inmoderadas:

Toxicomanía

alcohol, café, nicotina, morfina, etc. En otros casos constituye una forma de evasión neurótica (complejo de timidez). Algunas clases sociales son muy aficionadas a ellos, por ejemplo: estudiantes, actores, etc. No se han descrito síntomas verdaderos de abstinencia.

Indicaciones
de clínicas

Clinicamente se usan para diversas enfermedades.

En la narcolepsia se obtienen buenos resultados. Sin embargo, he de señalar el hecho de que algunos narcolépticos notan, según mi experiencia, mejores efectos con la efetonina que con las aminas estimulantes.

En el parkinsonismo post-encefalítico se ha demostrado muy útil, en unión de los otros tratamientos (cura búlgara). Incluso las crisis oculógiras se benefician con esta terapéutica. Los síntomas psíquicos — cuando existen —, por el contrario, se agravan.

Se ha usado contra las intoxicaciones por los barbitúricos y en las curas de desintoxicación del alcohol y de la morfina. Pero en todos estos casos debe usarse con mucho cuidado.

En algunos casos de psicosis post-traumáticas ha sido útil su empleo; a veces, he observado estados de excitación e intolerancia, por lo que también en estos casos debe usarse con cuidado. KATZ ha recomendado su uso en los estados post-apopléticos, para mejorar algunos síntomas, como la afasia; efectivamente, lo he usado, y mi impresión no es desfavorable.

Los americanos la usan para el tratamiento de la esquizofrenia. REIFENSTEN y DAVIDOFF encuentran una mejoría del 33 % contra el 20 % en los casos de control. Se usa por vía intravenosa, alternando con el amital sódico por vía oral. Los citados autores señalan que, usada al comienzo de la enfermedad, revela los casos susceptibles de mejoría. Mi experiencia personal disiente de la americana. La he visto fracasar en varios casos de catatónicos, en los que parece que empleada a dosis elevada sería capaz de arrancar a los enfermos de su catatonía. Recientemente he tenido un caso en mi Servicio del Hospital General, en el cual se hizo sistemáticamente el intento en una niña de 14 años, sin resultado alguno. Unos electrochoques resolvieron, en cambio, rápidamente el problema.

En la psicosis maníacodepresiva se ha usado largamente para combatir los estados depresivos. También aquí los resultados son muy escasos y, a veces, contraproducentes, y en las depresiones angustiosas provoca más bien un aumento de la angustia. Las «aminas estimulantes» no resuelven ninguna depresión. Sólo en los casos muy mitigados o en las formas puramente inhibidas — pero también ligeras — encuentra una muy relativa indicación.

En las neurosis, su uso se halla sometido a la regla general de los fármacos en estas enfermedades. Lo importante es saberlos usar con inteligencia, más que buscar un efecto inexistente de causa a efecto. En estas condiciones representa un buen auxiliar del arsenal terapéutico.

Se ha usado en los casos de hipotensión o de shock postanestésico. En las enfermedades del aparato digestivo no encuentra indicación. También resulta muy dudoso si debe emplearse en la obesidad; yo nunca he visto resultados claros. En cambio, su utilidad me ha parecido evidente en el mareo en los viajes por avión o mar.

La he usado también en la miastenia. Sus resultados me parecen dudosos; algún efecto inmediato sí que notan los enfermos. En cambio, los efectos son nulos, según mi experiencia, en las amiotrofias, sustituyendo a la adrenalina en la cura de Ken Kuré.

Contraindicaciones

REIFENSTEN y DAVIDOFF resumen sus contraindicaciones en la lista siguiente: hipertensión, enfermedades de las coronarias, estados de excitación. Debe administrarse con cuidado en los siguientes casos: uso indiscriminado por sus efectos sintomáticos, sin vigilancia de los resultados; en la práctica de consultorio; en los casos de idiosincrasia a la droga, en los que aparecen efectos desorbitados con escasas dosis; formas graves de inestabilidad vascular, amplias fluctuaciones diarias de la presión o del pulso; arterioesclerosis generalizada; senilidad; estados atónicos del sis-

tema gastro intestinal; insuficiencia hepática e hiperfunción tiroides; tendencia a la hiperexcitabilidad; depresiones agitadas; epilepsias; anorexia, insomnio, astenia combinada con agotamiento, anemia o escasa resistencia física; personalidades psicopáticas aptas para habituarse; personas que *piden* la droga.

INSULINOTERAPIA

En los diez años transcurridos desde la introducción de la insulina en la terapéutica psiquiátrica, se han propuesto y ensayado numerosas variantes de la técnica. En los últimos tiempos se ha aconsejado la insulina intravenosa, fundándose en que de esta manera es posible abreviar la duración del tratamiento, obtener un curso del coma más regular y evitar el uso de grandes cantidades de azúcar para terminar el coma. Lo cierto es que la pauta del tratamiento ha de ser individualizadora. En la combinación con el electroshock, en las curas combinadas, etc., el psiquiatra obra dejándose llevar, a veces, por su propia intuición y sin que se puedan dar reglas fijas de tratamiento.

La aplicación de la insulina intravenosa, según las observaciones hasta ahora hechas, ofrece, con respecto a las inyecciones intramusculares, no sólo grandes ventajas clínicas, sino también económicas.

Ventajas
de la insulina
intravenosa

1.º El tiempo de duración entre la inyección y los primeros estados hipoglucémicos visibles es de 30 a 35 minutos, frente tres o cuatro horas en el método intramuscular.

2.º La escasa cantidad de insulina — de 25 a 40 unidades — que, según nuestras determinaciones de glucemia, produce la acción deseada, sin provocar y excitar los mecanismos contrarreguladores fisiológicos, mientras que con las altas dosis de insulina intramuscular se produce una permanente oscilación entre estados hipoglucémicos y estados de contrarregulación que no puede tener una acción constante.

3.º El estado hipoglucémico o, respectivamente, de «shock», dura de una a dos horas (regulable).

4.º Después de este tiempo, se vuelve a instalar el estado normal, sin ninguna ayuda. Los pacientes pueden ser dejados todavía, durante horas, en ayunas, sin que sea modificado este cuadro normal.

5.º El despertar de los hipoglucémicos después de la insulina intravenosa debe considerarse como fisiológico. El equilibrio metabólico se obtiene por sí mismo.

6.º Por este motivo no existen los peligros del «shock tardío». El «shock» tardío se teme especialmente en el método intramuscular, y puede presentarse todavía después del despertar artificial del enfermo. En este método, como se sabe, el enfermo tiene que ser sacado del «shock» por la administración de azúcar por sonda estomacal o de glucosa por vía intravenosa o por inyecciones de adrenalina.

7.º Puesto que nunca se administra la suficiente cantidad de glucosa, la glucemia crea un estado de fuertes oscilaciones, dado que un exceso del azúcar administrado provoca una nueva descarga de insulina, y así se explica, por esta labilidad duradera, la aparición de un nuevo «shock» después de horas.

8.º Después del despertar fisiológico con el método intravenoso en todos los pacientes aparece una gran sensación de hambre y un gran apetito, de tal manera, que ningún esquizofrénico tiene que ser alimentado artificialmente.

9.º El método intravenoso, según lo que resulta del estudio de la glucemia, puede ser un 90 % más barato que el método intramuscular, ya que sólo se necesita una décima parte de la insulina y una escasa cantidad de glucosa para obtener el mismo efecto.

Según un determinado esquema, existe gran probabilidad de provocar por insulina intravenosa, periódicamente, ataques epilépticos de una manera voluntaria.

Comparación
entre la insulina
intravenosa
y la subcutánea

REVITCH ha realizado una investigación meticulosa en el Hospital Psiquiátrico de Filadelfia sobre esta cuestión de la administración intravenosa de insulina. Con el método intravenoso se ganan, por término medio, sesenta y ocho minutos sobre el subcutáneo, en lo que respecta al tiempo necesario para producir el coma. Para la producción del sudor, la ganancia fué de cuarenta y cinco a noventa minutos; para lograr la fase de estupor, se ganaron también cuarenta y cinco a noventa minutos; para la de mioclonias — cuando se producen —, se ganaron de treinta a ciento cinco minutos. El tiempo medio de producción de coma fué de ochenta y cinco minutos.

La dosis media subcutánea en 25 enfermos fué de 230 unidades (osciló entre 110 y 400 unidades). En 10 tratados intravenosamente, la dosis necesaria fué la misma que para los tratamientos subcutáneos. En general, encontró una mayor incidencia de choques secundarios, espasmos tónicos y reacciones alérgicas que con el método subcutáneo.

La comparación de las curvas de glucemia señala que en ambos la curva cae rápidamente en la primera media hora, y que ha alcanzado niveles más bajos con la insulina endovenosa que con la subcutánea. Después de la primera hora, en ambos se observa una tendencia al ascenso en las curvas, pero con la insulina intravenosa la curva asciende más rápidamente y a mayor nivel. Con diferentes dosis de insulina, y con ambos métodos, puede obtenerse en el mismo enfermo un descenso idéntico de la glucemia en la primera media hora. En general, las grandes cantidades tienden más a deprimir la línea de restauración que la de asimilación. Cuando la glucemia alcanza su más bajo nivel, de 20 a 25 miligramos, el enfermo todavía se siente confortable y sólo en el período de reascenso es cuando aparecen las reacciones hipoglucémicas. No entran en coma con cifras bajas de glucemia cuando éstas se han producido mediante pequeñas unidades de insulina. En cambio, con dosis fuertes se producen grandes reacciones, sin grandes diferencias en la glucemia. En muchos casos, la línea de asimilación alcanzó el mismo nivel con dosis diferentes de insulina, y, en cambio, la línea de restauración seguía la citada regla de mantenerse más deprimida con grandes cantidades de insulina que con pequeñas. Las reacciones del organismo a la insulina no guardan, pues, un paralelismo estrecho con la hipoglucemia producida.

ELECTROSHOCK

El electroshock ha desterrado casi completamente al cardiazol en la terapéutica convulsivante. La primera comunicación de CERLETTI data de 1938, y desde entonces acá, una multitud de trabajos demuestran la gran difusión lograda por este método. En la actualidad existen numerosos modelos de aparatos. Mi propia experiencia me demuestra que las diferencias, desde el punto de vista terapéutico, son bien escasas. En los aparatos contruidos con arreglo al primitivo esquema de CERLETTI, se mide previamente al paso de la corriente de choque la resistencia eléctrica de la cabeza. Los trabajos de PATZOLD han demostrado de una manera concluyente, a mi modo de ver, que la resistencia del cráneo, medida por el procedimiento habitual, con tensiones de medio voltio, no refleja la que encuentra la tensión propiamente convulsivante. Los trabajos publicados durante estos tiempos confirman las indicaciones establecidas en un principio. Los dos campos fundamentales de empleo del electroshock son: la esquizofrenia y la psicosis maniaco depresiva. En la esquizofrenia se puede usar como terapéutica única o combinado con insulina. En la psicosis maniacodepresiva se usa, por regla general, como terapéutica única. Cuando se empezó a tratar las depresiones con Cardiazol, KUPPERS aconsejaba la práctica de las convulsiones en coma insulínico para evitar la angustia iniciadora del ataque cardiazólico, que en los depresivos impedía muchas veces la continuación del tratamiento. Como tal fase no existe en el electroshock, es innecesario emplear el método combinado en las depresiones.

Indicaciones

Realmente, las probabilidades de tener un accidente mortal en la terapéutica por electroshock es muy remota, si se observan unos ciertos criterios en la selección del material. En la estadística de KOLB-BOGEL, la cifra de mortalidad fué del medio por mil en 7.200 casos, comparada por el uno por mil usando el metrazol y el seis por mil usando la insulina. En el trabajo de MÜLLER sólo se refiere un caso de muerte y aún en él había tan conjunción de factores desfavorables, que no se puede achacar totalmente al electroshock. JETTER ha publicado tres casos de muerte entre 2.500 enfermos tratados. El examen de las historias clínicas demuestra que en dos de ellos existía, previamente al tratamiento, un infarto de miocardio y en el otro, la muerte se produjo varias horas después del tratamiento, y la relación con el mismo no está clara, puesto que el enfermo tenía una glomerulonecitis aguda.

Peligros

Para HOLZER, las contraindicaciones absolutas del tratamiento, son:

Contraindicaciones

a) Enfermedades orgánicas cardiovasculares, arteriosclerosis, hipertensión, insuficiencia coronaria, vicios balbulares.

b) Enfermedades febriles agudas.

c) Embarazo.

d) Tuberculosis activas.

Y contraindicaciones relativas, son:

a) Vasoneurosis.

b) Antiguos estados intracraneales de carácter grave.

c) Tuberculosis latente.

d) Permanencia en cama durante un año antes del tratamiento.

e) Edad de más de 50 años.

A mi manera de ver, HOLZER extiende demasiado el campo de las contraindicaciones. Como ya he demostrado en otra parte, el embarazo puede no ser una contraindicación absolutamente. Respecto a la edad, HEMPILL ha practicado electroshock en una persona de 74 años. Tampoco las alteraciones vasculares, sobre todo los defectos balbulares, constituyen una contraindicación absoluta cuando se hallan bien compensadas. Recientemente he practicado esta terapéutica sin ningún incidente, en una insuficiencia mitral.

PSICOTERAPIA

La psicoterapia sigue adquiriendo creciente importancia en la práctica médica. En una u otra forma, el médico internista o de cualquier otra clase, aun el cirujano, usan de medios psicológicos para actuar sobre el organismo enfermo. Existen, como se sabe, muchas escuelas y direcciones psicoterapéuticas; pero no es aquí el lugar adecuado para ocuparse de ellas. Sólo queremos destacar, por su interés más general, el *narco-análisis*, al cual HORSLEY ha dedicado una publicación. El narco-análisis es una variante del hipnoanálisis. En éste la influencia hipnótica no se utiliza directamente para la curación sugestiva, sino para vencer resistencias que impiden penetrar en los complejos del enfermo. En el narcoanálisis, el propósito es parejo.

Narco-análisis

El método consiste en inyectar, por vía intravenosa, un hipnótico de acción rápida, tal como el pentotal o el evipán. También puede emplearse el nembutal, amital, soneril, somnifene, etc. Cuando el paciente se halla en estado de semisueño, se comienza la parte propiamente analítica del tratamiento. El enfermo habla entonces psíquicamente más suelto, las resistencias se disuelven, la transferencia es mayor. También puede emplearse la sesión para realizar algunas sugerencias terapéuticas.

ROGERSON emplea para el narco-análisis el óxido nitroso. Utiliza para ello el aparato de MINITT. La proporción de gas o aire es del 45 %, lo que basta para la mayoría de los enfermos. Se les deja respirar la mezcla hasta que un cambio en el ritmo de la respiración señala la proximidad de la pérdida de conciencia.

Oxido-nitroso

Resultados
obtenidos
con narcosis
parcial

HAROLD PALMER ha referido su larga experiencia sobre el tema. Ha empleado lo que llama *narcosis parcial* en los accesos de ansiedad aguda, en las ausencias histéricas y en otras manifestaciones neuróticas con gran resultado. También comunica su impresión favorable en casos de neurosis obsesiva, en los que la psicoterapia, usada durante varios años, había fracasado. Utiliza, además, este método como testpronóstico para los tratamientos con insulina y electroshock. Si la narcosis parcial produce euforia, relajación afectiva y una liberación transitoria de los síntomas psicóticos, debe esperarse que la terapéutica de choque conseguirá buenos resultados. En las neurosis de guerra, los resultados han sido espectaculares. El pentotal sódico y el amital sódico, administrados intramuscularmente, facilitan el rapport y quiebran las resistencias, con lo que la acción sugestiva se inserta con facilidad. El coronel HALLORAN refiere que en un plazo de dos a cinco días ha sido posible devolver al frente al 50 ó 70 % de los neuróticos agudos. Se ha demostrado que muchos de ellos presentan electroencefalogramas anormales, pero que se volvían normales tras la narcoterapia.

YASKIN, en la discusión a la comunicación de PALMER, relata sus propias experiencias, favorables en el tortícolis espasmódico y en las dermatitis neurógenas. Un inconveniente de esta terapéutica estriba en las hipertermias que pueden producirse. PALMER piensa que la fiebre se debe a cualquier infección intercurrente y no a una alteración de los centros talámicos. En los casos en que la presión sistólica es inferior a 70, puede producirse la supresión de la secreción urinaria.

LEUCOTOMIA PREFRONTAL

Entre los procedimientos terapéuticos más modernos figuran la leucotomía prefrontal o lobotomía prefrontal, introducida por el gran neurólogo portugués EUGAS MONIS. En los últimos tiempos, esta terapéutica ha adquirido una extraordinaria difusión, sobre todo en Inglaterra y en los Estados Unidos.

Técnica

La operación consiste en producir una sección en la sustancia blanca de ambos lóbulos frontales mediante aparatos especiales que se introducen a través de pequeños agujeros de trépano. LYERLIE ha propuesto hacer la operación a cielo descubierto, trepanando ampliamente, pero esta propuesta no ha sido aceptada. También ha caído en desuso el primitivo procedimiento usado por EUGAS MONIS, consistente en inyectar alcohol en la sustancia blanca cerebral. Existen diversos tipos de leucotomos, pero en todos ellos se trata de una aguja capaz de desprender, mediante una pequeña maniobra, unas aspas cortantes cuando se encuentra ya introducida en la sustancia cerebral (leucotomo de Eugas Monis, de Crombie, etc.). La aguja se introduce por puntos de trepanación situados a 3 cm. detrás del borde lateral de la órbita y a 6 cm. por encima del cigoma. Otros autores dan puntos de referencia ligeramente distintos.

Fisiopatología

Los fascículos que teóricamente pueden ser divididos mediante la sección, son: el sistema córtico talámico conectando el núcleo dorsal medio del tálamo con el córtex; el sistema prefronto pontino, conocido generalmente como fascículo de Arnold; el tractocórtico mesencefálico, compuesto por un haz compacto de fibras que arranca de la región prefrontal, en la misma área que el fascículo de Arnold y pasa a través del pedúnculo cerebral, y el sistema córticoestriado, que va desde el área prefrontal al globo pálido. El objetivo preferente de la leucotomía prefrontal consiste en seccionar el sistema de fibras que conectan la corteza prefrontal con el núcleo dorso medial del tálamo.

Psicopatología

Mucho se discute sobre los mecanismos psicopatológicos puestos en marcha por esta intervención. Todas las especulaciones que sobre ello se hacen parten de las diversas tesis que se sostienen sobre las funciones del lóbulo frontal. No es posible ofrecer aquí una enumeración, ni

siquiera un resumen, de ella, por lo que nos limitamos a referirnos a las conclusiones de FREEMAN y WATTS. Estos autores sostienen que las personas a las cuales se les ha practicado una lobotomía prefrontal y, por consiguiente, se les ha inactivado sus áreas de asociación frontal, presentan una serie de peculiaridades que los distingue de su personalidad preoperatoria: se encuentran liberados de la ansiedad y de sus síntomas de inferioridad; pierden su interés para con respecto a sí mismos, igual en lo que se refiere a sus cuerpos que en lo referente al medio que les rodea. No se preocupan más de los latidos de su corazón ni de los movimientos de su estómago. Su interés se vuelve hacia afuera y su pensamiento obsesivo se abole. Responden inmediatamente, y algunas veces vivamente, a las impresiones externas, mostrando una cierta incontinencia emocional. De todas suertes, las respuestas emocionales, aunque vivas, carecen de profundidad y se disipan con rapidez. Su humor es elevado, pero en su conducta existen rasgos infantiles. Su equipaje intelectual, por así decirlo, permanece intacto en lo que se refiere a la experiencia pasada, aunque un examen muy atento descubre algunos defectos, consistentes en la falta de capacidad para encontrar nuevos métodos de solución a los problemas o dificultades que se le planteen, y en un defecto en el poder sintético e integrativo del pensamiento. Los autores citados, refiriéndose a la personalidad inmediata a la operación, hablan de una infancia quirúrgicamente inducida. La inmadurez puede desaparecer con el tiempo.

A mi modo de ver, es el capítulo menos precisado en la leucotomía prefrontal. La mayoría de los autores siguen las indicaciones contenidas en el primer trabajo de EUGAS MONIS. Los enfermos a los que se ha practicado, pueden dividirse en dos grupos.

Indicaciones y contraindicaciones

El primero está constituido por antiguos psicóticos y constituye el fondo permanente de la población de todo establecimiento psiquiátrico: la mayoría son esquizofrénicos, demenciados o no. A ellos deben agregarse los practicados a personalidades psicopáticas.

El segundo grupo se halla constituido por depresiones angustiosas y neurosis obsesivas.

De todas maneras, es curioso señalar que la indicación parece establecerse más por motivos sintomáticos que nosológicos. No es esta o la otra enfermedad la tratada, sino este o el otro síntoma.

De todos aquellos que se han mostrado más sensibles a la leucotomía, es la *ansiedad*, sea cualquiera la enfermedad en la cual asienta. Entre las observaciones de EUGAS MONIS figura una cardiopatía. «La enferma no podía vivir en la situación en que se encontraba. Tenía enfermo el corazón, no podía curarse, estaba perdida. Prefería morir que permanecer en esa situación.» Fué operada y sus crisis de ansiedad desaparecieron. FREEMAN y WATTS circunscriben todavía más el síndrome ansioso susceptible de ser tratado. Los casos ideales para la lobotomía, vienen a decir, son aquellos en los que las emociones arrancan de la actitud ante el propio yo. Se trata del paciente que teme estar enfermo del corazón o haberse contaminado de sífilis, que es víctima de ideas de culpa o de persecución o que sucumbe por el temor ante la incógnita del futuro. Son los mismos que no ven otra salida a su situación que el suicidio. «Mayor dificultad existe en influenciar aquellos enfermos que se han evadido del mundo de la realidad y que sólo están continuamente hostigados por voces imaginarias, visiones, olores o ideas fijas.» Sin embargo, en tanto en cuanto exista un cierto mínimo de emoción que una el yo con las ideas, puede lograrse, según los autores citados, una cierta mejoría en el sufrimiento de estos enfermos. Sólo cuando el mundo afectivo se halla muerto o entregado sin lucha al mundo de una psicosis, la psicocirugía no tiene nada que hacer.

Ansiedad

Otro síndrome en el cual se halla indicada la intervención, según EUGAS MONIS, se halla constituido por la *agitación psicomotora*. En la

Agitación

mayoría de los esquizofrénicos operados se trata de casos con agitación más o menos intensa. El propio EUGAS MONIS confiesa que «algunas agitaciones psicomotrices esquizofrénicas no han podido dominarse definitivamente».

La existencia de los nuevos tratamientos (electroshock, cardiazol e insulina) ha hecho más reticentes a los autores acerca de las indicaciones. REES considera que deben ser leucotomizados sólo los casos de psicosis funcionales «con síntomas de conflicto activo», que no han respondido a otros tratamientos y con remotas perspectivas de curación. En Lisboa mismo, FLORES sólo trata los casos en los que ha fracasado la terapéutica convulsivante. LIMA realiza la operación sólo en psicosis involutivas y obsesivas; y en los esquizofrénicos, cuando han fracasado la insulina y el cardiazol, reconociendo que en estas ocasiones los resultados son muy pobres. STROM-OLSEN, LAST y BRODY sientan análoga doctrina: dado el riesgo de producir secuelas físicas y psíquicas desagradables por la intervención, sólo deben operarse aquellos en los que han fracasado las otras terapéuticas y que, racionalmente, no puede presumirse que mejoren. COOK sostiene idéntica opinión.

Contraindicaciones

Las *contraindicaciones* son escasas. En general, puede decirse que coinciden con las contraindicaciones de toda intervención quirúrgica. Mc. KISSOCK considera peligrosos operar casos con presión sistólica elevada y presión diastólica por encima de 100 mm. Hg. FREEMAN ha operado, en cambio, enfermos con presiones diastólicas de 110 y 128 sin incidentes. WILLWAY ha leucotomizado tres enfermos de más de setenta años.

Crítica

Como puede verse en las exposiciones anteriores, las indicaciones de la leucotomía son todavía bastante confusas. Ello depende, a mi juicio, de no haber examinado el problema suficientemente desde el punto de vista psiquiátrico. Concisamente planteada la cuestión, nos hallamos con las siguientes posibles indicaciones:

1. ENFERMOS CRÓNICOS. a) *Esquizofrénicos*. — En ellos no se ha obtenido nunca nada parecido a una curación. Se han aliviado algunos síntomas, especialmente las agitaciones. Ahora bien, ¿qué nos dice la experiencia actual sobre esta cuestión? En primer término, que un esquizofrénico crónico que se halle sometido a una terapéutica activa por el trabajo, apenas tiene agitaciones. Realmente, los viejos cuadros del enfermo indómito, sucio, asocial, han desaparecido casi totalmente de los manicomios bien organizados. En la leucotomía se produce, a no dudar, un cierto déficit de la personalidad. Lo más probable es que resulte mucho más difícil entablar así una auténtica terapéutica activa. Por otro lado, el electroshock, utilizado como terapéutica en los enfermos crónicos, nos conduce más fácilmente a buenos resultados. Con esto no quiero negar absolutamente la indicación de la leucotomía en los esquizofrénicos, pero, de existir ésta, debe ser muy reducida. Convendría examinar el material de los buenos manicomios desde este punto de vista.

b) *Personalidades psicopáticas*. — Quizás en algún caso se pudiera hallar una indicación. BANAY y DAVIDOF han practicado la leucotomía en un psicópata sexual, quien, meses después de la intervención, mostraba una conducta perfectamente adaptada al medio; había desaparecido su estado de agitación; de crisis emocional y sus fantasías sexuales. De ello deducen, que personas de más de 50 años, cuyos deseos sexuales se aumentan con el declinar de su vida, con impulsos sexuales de tipo obsesivo, son adecuados para la leucotomía. Como se ve, la base experimental es insuficiente, tanto más cuanto que la teórica en estos casos la contradice. En las anomalías sexuales, sobre todo en las que se producen en los procesos involutivos, el mecanismo generalmente aceptado consiste en la anulación de los mecanismos noéticos de la personalidad, que se vuelven de esta suerte impotentes para cohibir los impulsos instintivos. En las lesiones del lóbulo frontal, en los tumores, por ejemplo,

se observan manifestaciones morbosas de esta índole: la más conocida es, sin duda, el exhibicionismo. MAX DE CRINIS habla de una pérdida de los sentimientos morales en estos enfermos. ¿Puede, pues, aceptarse que mediante la leucotomía se han de refrenar más estos escapes de la instintividad?

Es posible que la apatía o indolencia post-operatoria mejorasen algún tipo psicopático no específicamente sexual. Pienso en los psicópatas hipertímicos *francamente asociales*; pero estos casos son muy raros. Precisamente GRUHLE se refería a esta circunstancia en una observación crítica que hace en la definición de psicópatas dada por K. SCHNEIDER.

c) Queda por examinar el problema de las neurosis obsesivas. Quizás encuentre aquí una indicación especial la leucotomía, sobre todo en las formas graves. He intentado acumular experiencia sobre este punto, sin conseguirlo. Ninguno de los obsesivos graves a quien he propuesto la operación la han aceptado. Pero, por mi parte, no me hallo muy persuadido, a priori, de la eficacia de la intervención. La experiencia decidirá.

II. ENFERMOS FÁSICOS. — Cuando EUGAS MONIS propuso la leucotomía no se había difundido la terapéutica convulsivante. Ante un melancólico, con ideas de suicidio, el arsenal terapéutico era tan escaso, que bien podía tomarse en consideración la psicocirugía. Hoy, el panorama ha cambiado. Los resultados de la terapéutica convulsivante son tan extraordinarios, que no puede pensarse en proponer una intervención mutilante a un enfermo que se cura con un electroshock. Tampoco puede compararse la inocuidad de una y otra intervención.

Quedan, sin embargo, un grupo reducido, en el que la leucotomía podría tener, a mi juicio, una indicación. Se trata de las formas de psicosis maníacodepresivas con fases muy próximas o casi continuas. En estos casos se fracasa con la insulina y el electroshock. Debería, pues, intentarse la leucotomía. En la literatura no he hallado casos con esta indicación, pero creo que constituye la mejor indicación de la leucotomía. No he podido tener todavía experiencia sobre este punto, por las mismas razones que he dado al hablar de las neurosis obsesivas, porque en los pocos casos en que ha establecido la indicación, el enfermo o la familia no la han aceptado.

ZEIGLER ha resumido las estadísticas sobre leucotomía prefrontal procedentes de 18 centros de los Estados Unidos y del Canadá. En los 618 casos recogidos predominan las esquizofrenias, depresiones, especialmente involutivas, y neurosis obsesivas. El límite de edad ha sido de 70 años; 12 enfermos murieron a consecuencia de la operación; 70, no mejoraron o empeoraron; 303 mejoraron algo y en 215 desaparecieron sus síntomas neuróticos o psicóticos.

He aquí los resultados obtenidos por diversos autores, según el resumen de FLEMING:

a) ESQUIZOFRENIA

	Casos	Recuperados o muy mejorados	Mejorados	No mejorados
HUTTON	32	9	14	10
FLEMING	5	—	1	4
DAX	39	13	13	13
REES	30	9	?	?
STRÖM-OLSEN	11	2	4	5
FREEMAN	45	29	7	9
CARSE	22	10	5	7
Total	184	72	44 ?	48 ?

b) DEPRESIONES

	Casos	Recuperados o muy mejorados	Mejorados	No mejorados
HUTTON	17	11	4	2
FLEMING	19	16	1	2
TARUMIANZ	10	7	?	?
DAX	11	3	4	4
LYERLY	29	14	11	4
STRÖM-OLSEN	7	2	1	4
CARSE	1	1	—	—
FREEMAN	77	52	16	9
Total	171	106	37 ?	25 ?

c) OTRAS PSICOSIS

	Casos	Recuperados o muy mejorados	Mejorados	No mejorados
HUTTON	1	—	—	1
FLEMING	6	6	—	—
LYERLY	9	2	3	4
STRÖM-OLSEN	12	3	4	5
CARSE	1	1	—	—
FREEMAN	48	29	12	7
Total	77	41	19	17

ALLEN y NORTHFIELDS: *The Lancet.*, 5 agosto 1944. — BLUK y HOLSGRAHFE: *Nervenartz*, 16 Jg., 1943, pág. 97 y 104. — BOSCHI: *Nervenartz*, H., 12, 1943. — BUDINGEN y KOLMER: *Nervenartz*, 16 Jg. Heft., 2, 1943, pág. 67. CAIRUS y otros: *The Lancet.*, 20 mayo 1944. — FLEMING: *The Journal of Mental Science*, vol. XC (1944). — GOLDEK y WALTER: *Klin. Wschr.*, Jg., 23, Hef., 5/8, pág. 59 (1944). — HARREN: *Klin. Wschr.*, 23, pág. 7, 1943. HURSCHEMANN: *Nervenartz*, 16 Jg. Heft., 2, 1943, pág. 82. — PALMER y YASKINS: *Arch. of Neur. a Psy.*, vol. 52, núm. 1, pág. 83 (1944). — PETTE: *Dtsch. z. Nervenheilk.*, 154, 272 (1943). — REIFENSTEIN and DAVIDOFF: *New York St. J. And.*, 39-42 Jan 1 (1939). — ROBERTON: *British Medical Journal*, 17 junio 1944. — SCHALTEMBRAND: *Die Multiple Sklerose des Menschen.*, Thieme 1943. — SCHULTTE: *Die synkopalen vasomotorischen Anfälle.*, Thieme 1943. — STEPHEN HORSLEY (J.): *Narco-analysis.* Oxford Medical Publications, 1943. — TRAUTERMANN: *Arch. Ohr. uswr. Heilk.*, 152 (263), 1943. — VENTURI: *Archivos de Neuro-psiquiatria*, vol. 1, número 3, 1943. — ZEIGLER: *Am. J. Psychiat.*, 100, 178; septiembre 1943.

II. IMPRESIONES

	Causa	Neuronalgia	Psicopatología	No clasificada
Herpes	17	11	4	2
Exposición	18	10	1	7
Traumatismo	15	2	7	6
Dist.	21	3	1	17
Luz	27	14	11	2
Intoxicación	7	2	1	4
Causa	1	1	—	—
Psicopatología	7	12	18	1
Total	123	66	57	45

III. OTRAS IMPRESIONES

	Causa	Neuronalgia	Psicopatología	No clasificada
Herpes	1	—	—	1
Exposición	6	2	—	4
Luz	3	2	2	—
Intoxicación	12	2	4	6
Causa	1	1	—	—
Psicopatología	48	10	13	25
Total	72	17	19	31

ALLEN y KOPPELSON: *The Lancet*, 5 agosto 1944. — BIRCH y HARRINGTON: *Neurology*, 10 Ig., 1944, pag. 97 y 104. — BRADY: *Neurology*, 11, 12, 1945. — BROWNE y KOSAK: *Neurology*, 15 Ig. Feb., 1, 1945, pag. 67. — CAMERON y otros: *The Lancet*, 26 mayo 1944. — CHAMBERLAIN: *The Journal of Mental Science*, vol. X5 (1944). — COHEN y WELLS: *Brit. Med. J.*, 23, Feb., 3/4, pag. 33 (1944). — HANSEN: *Acta Neurol. Scand.*, 2, 1944, pag. 73. — HIRSCHMANN: *Neurology*, 10 Ig. Feb., 1, 1944, pag. 72. — JENSEN y JASKINA: *Arch. of Neur. & Psy.*, vol. 53, num. 1, pag. 35 (1944). — JENSEN: *Arch. & Neurology*, 154, 273 (1943). — KOPPELSON and HARRINGTON: *New York St. J. And.*, 39-42 Jan 1 (1944). — KOPPELSON: *British Medical Journal*, 17 junio 1944. — KOPPELSON: *Die Maladie Sklerose de Nerven*, Thèse 1943. — SOMMER: *Die syndromatische neurologischen Krankheiten*, Thieme 1943. — STRONG: *Journal (I.I.) Neuro-analytica*, Oxford Medical Publications, 1943. — TRASKIN: *Arch. Oht. u. u. u. Hekt.*, 152 (1943), 1943. — VERNON: *Archives de Neuro-psychiatrie*, vol. 1, numero 3, 1943. — ZUCKER: *Am. J. Psychiat.*, 109, 174, septiembre 1943.

