

MEDICAMENTA

REVISTA DE ESTUDIOS Y TRABAJOS
PROFESIONALES DE CIENCIAS MÉDICAS

AÑO X

MADRID, 1 DE ENERO DE 1952

NUM. 211

SUMARIO

TRABAJOS ORIGINALES: DOCTRINA E INVESTIGACIÓN - PRÁCTICA CLÍNICA:

Sumulas psiquiátricas para el médico general, por el Prof. Dr. J. López-Ibor.

Factores polarizadores del asma bronquial, por el Dr. Baldomero Sánchez-Cuenca.

Procedimiento plástico personal en las radicales de oído, por los Dres. Francisco y Fernando Antolí-Candela.

Tuberculosis renal quirúrgica. Su diagnóstico y tratamiento, por el Dr. Jacinto Navas González.

Insuficiencia hepática, por el Dr. Luis Estrada González.

NOTAS CLÍNICAS: *Enanismo hipófiso-tiroideo con mixedema*, por los Dres. Mariano Alvarez Coca y Germiniano Murga Corres.

Las mostazas nitrogenadas en la artritis reumatoide. Experimentación en siete enfermos, por los Dres. José Heredia Tovías, Roberto de Dalmases Gosé y Cavetano Alegre Marcet.

ARTE, HISTORIA, FILOSOFÍA Y LITERATURA EN RELACIÓN CON LA MEDICINA: *Lección escolar sobre Johannes Müller*, por el Prof. Dr. Pedro Laín Entralgo.

CRÓNICA DE MEDICINA PRACTICA: *De terapéutica penicilínica*, por el Prof. Dr. Enrique Alvarez Sáinz de Aja.

LA MEDICINA AL DÍA.

NOTICARIO MEDICO: *Urología*, Prof. A. de la Peña Pineda. *Aparato digestivo*, L. J. Vorahaus y cols. *Odontología*, A. Nadal-Valldaura.

INFORMACION SANITARIA: *Veinte días. Inform. general. Disposic. oficiales.*

CONSULTORIO PROFESIONAL: A cargo del Dr. Eloy López García



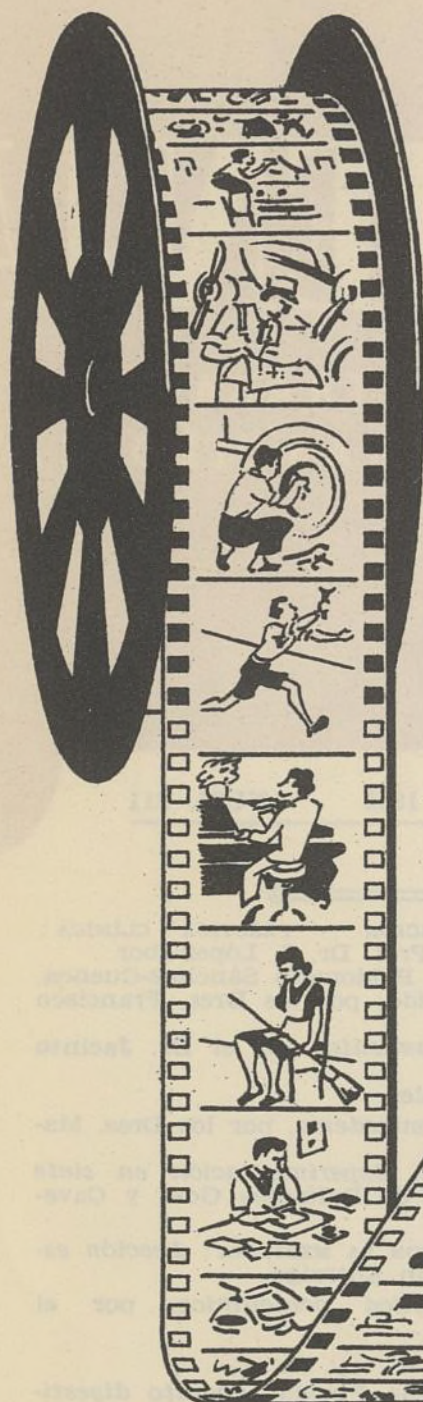
CALCIO-FORGANA

Enérgico calcificante y reconstituyente

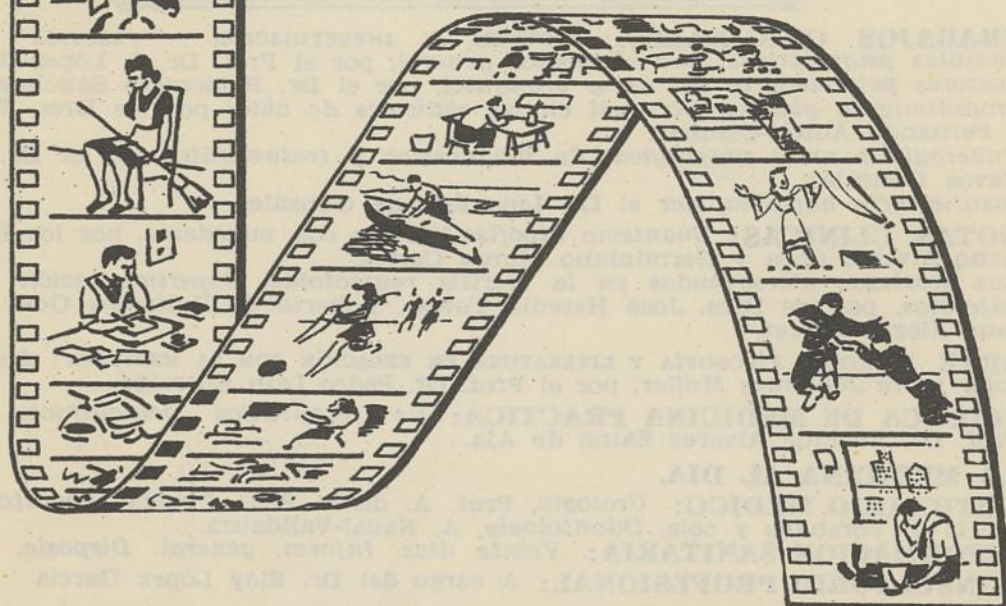
EDITADA POR
INSTITUTO FARMACOLOGICO LATINO, S. A.

MADRID

Ayuntamiento de Madrid



Cuando el organismo se halla bajo el influjo de la acción estimulante psíquica y general de **Profamina**, cualquier actividad física o intelectual se realiza sin el menor esfuerzo. **Profamina** suprime el cansancio, aumenta el rendimiento laboral y eleva el tono general orgánico, consiguiendo, de un modo fisiológico, el máximo aprovechamiento de las reservas energéticas musculares y psíquicas.



PROFAMINA

SULFATO DE BETA-FENILISOPROPILAMINA

Fuente de energías vitales

Tubo de 20 comprimidos de 5 mgr.

Caja de 6 ampollas de 10 mgr.



INSTITUTO FARMACOLÓGICO LATINO S. A. - MADRID

MEDICAMENTA



REVISTA DE ESTUDIOS
Y TRABAJOS PROFESIONALES DE CIENCIAS MEDICAS



DIRECTOR

Prof. Dr. Pedro Laín Entralgo

Rector de la Universidad de Madrid. De la Real Academia de Medicina. Instituto de España.

Redacción y Administración: Ríos Rosas, 37, Madrid. - Central. telef. 33 47 00 (8 líneas). Franqueo concertado.

Editada por el Instituto Farmacológico Latino, S. A.—Sección de Información Científica y Propaganda.—Número suelto, 1,50 Pts

Se publica cada veinte días en dos ediciones simultáneas, una de contenido esencial de investigación y clínica médicas y otra que atiende fundamentalmente los problemas químicos y farmacéuticos que plantea el arte de curar.

TRABAJOS ORIGINALES

DOCTRINA E INVESTIGACIÓN-PRÁCTICA CLÍNICA

SÚMULAS PSIQUIÁTRICAS PARA EL MÉDICO GENERAL

(QUÉ ES Y CÓMO PROCEDER CON EL ENFERMO MENTAL)

por el

Profesor Dr. J. LÓPEZ-IBOR

Madrid.

La Psiquiatría no es una ciencia esotérica. Este es el primer punto que deseo quede grabado en el ánimo de mis lectores. La Psiquiatría no es más que una rama de la Medicina, desgajada del tronco por algunas peculiaridades derivadas del objeto de su estudio: el enfermo mental. Las enfermedades mentales son enfermedades como las demás, de las que se diferencian por la presentación de síntomas especiales, los *psíquicos*; su presencia exige ciertos conocimientos para su valoración diagnóstica y ciertos procedimientos respecto a su tratamiento.

Una enfermedad somática, de las que estudia la Medicina interna, se reconoce por la presencia de sus síntomas circulatorios, digestivos, metabólicos, etcétera. De la presencia de estos síntomas, la Medicina—por eso es ciencia—ha pasado a buscar el trastorno fundamental que les sirve de base, el cual puede ser una función alterada, por ejemplo, la regulación de la tensión arterial, o un órgano enfermo, por ejemplo, un cáncer de hígado. En otros casos, el descubrimiento de la causa de la enfermedad es lo más característico del proceso inquisitivo (verbigracia, enfermedades infecciosas). Con todos estos datos intenta señalar un pronóstico y practicar un tratamiento. Análogamente procede la Psiquiatría.

En el aislamiento de síntomas se encuentra con que, en los enfermos mentales, se presentan de dos clases: los *somáticos*, como la disartria o la rigidez pupilar de la parálisis general, y los *psíquicos*, como la fuga de ideas o el trastorno del pensamiento que

se llama demencia, o las alteraciones en la conducta. Los síntomas psíquicos pueden ser tan objetivos como los somáticos. La conducta psíquica del enfermo es tan patente o más que la conducta somática. Junto a ellos se alinean otros que no son visibles, sino referidos por el enfermo, por ejemplo: el esquizofrénico que habla de que le roban su pensamiento. También estos síntomas hallan su analogía en la Medicina somática cuando el médico anota los datos que le da el enfermo sobre el dolor y su localización, o sobre una sensación vertiginosa, etc.

A partir de estos síntomas, el psiquiatra inquiriere también el trastorno fundamental, que, análogamente a las demás enfermedades, consiste en una alteración *somática*. A todo este grupo de trastornos, que son enfermedades mentales propiamente dichas, se llama *psicosis*.

* * *

Las psicosis tienen, pues, una base somática y también una causa, ya sea endógena o exógena. A este modelo se ajustan exactamente las *psicosis orgánicas* en sentido amplio (parálisis general, psicosis seniles y arterioescleróticas, psicosis tóxicas, psicosis epilépticas, etc.). Pero además de ellas existen otras, en las que la base somática no se conoce actualmente, pero cuya existencia se sospecha con visos de verosimilitud. Tal base somática no consiste, forzosamente, en un trastorno anatomopatológico,

sino que, como en muchas otras enfermedades somáticas, puede consistir en un trastorno funcional. En este grupo de *psicosis funcionales* entran la esquizofrenia y la psicosis maniáco-depresiva.

Desde otro punto de vista, también se llaman a las psicosis *procesos mentales*. La idea del proceso es de raíz psicológica o, mejor aún, psicopatológica. Un proceso *tuerce radicalmente el curso de una vida*. Y lo tuerce por algo que no emana de la misma vida psíquica del enfermo, sino que le viene de fuera, *le es ajeno*. Por eso el psicótico es un *alienado*. Una persona normal dirige su vida con arreglo a un proyecto que va elaborando a medida que va viviendo. Toma en cuenta las circunstancias del mundo exterior, sus capacidades, y va decidiendo lo que ha de ser y lo que ha de hacer. La decisión se hace en cada momento, aunque no aparezca claramente en el campo de la conciencia. Yo sé que todas las mañanas debo ir al hospital, aunque no tome cada vez, de una manera patente, la decisión de ir, sino que lo hago como un reflejo. En el proyecto de vida que nos proponemos nos surgen obstáculos y nos vamos acomodando a ellos; pero los obstáculos nos vienen de fuera de nuestro espacio psíquico interior, de aquella intimidad en la cual somos nosotros mismos porque somos capaces de quererlo ser.

El enfermo mental no puede realizar su proyecto vital porque algo se lo impide; ese algo es su propia mente trastornada por una alteración de su soma enfermo. El proceso mental tuerce, pues, una vida, porque al alterarse el dinamismo orgánico que le sirve de base impide que la persona pueda realizar el proyecto de vida que tenía. En muchos casos se quita la capacidad de proyectar. Por eso la vida del psicótico no tiene la *continuidad de sentido* que tiene la del sujeto normal. En un parálítico general no vemos su conducta como un enlace racional de acciones motivadas, sino que su corteza cerebral enferma engendra trastornos; por ejemplo: la euforia que irrumpe y le convierte en una conducta irracional, ilógica, incomprensible vista desde la perspectiva del *hombre de buen sentido*, del *hombre normal*.

* * *

Al lado de la psicosis se agrupan otros trastornos que también estudia la Psiquiatría. Son aquellos que ofrecen una psicología anómala desde siempre. Les podríamos llamar enfermos del carácter, y técnicamente se llaman *personalidades psicopáticas*. Son los hombres exageradamente pesimistas, o exageradamente fanáticos, o exageradamente agresivos, etc. El criterio de la exageración se establece por comparación con la imagen que tenemos del hombre medio, del hombre de la calle. La sociedad permite que cada uno desarrolle su personalidad entre ciertos límites. Cuando se sobrepasan esos límites establecidos, nos encontramos con los anómalos sociales, los cuales pueden serlo o por un acto de su voluntad, como los criminales, o porque exista en ellos una anomalía constitucional, un *modo de ser anormal*. En otros casos, el modo de ser anormal no les hace tropezar con la sociedad, pero sí consigo mismos en el sentido de ser una fuente continua de sufrimiento; por ejemplo, el depresivo crónico, que no ve en la vida más que el dolor y el fracaso, o el obsesivo, que se pasa el día debatiendo consigo mismo si todo lo que hace es o no pecado.

* * *

Finalmente, existe un tercer grupo, el de las *neurosis*. En éste la enfermedad se halla producida por

emociones que actúan patógenamente. El ejemplo típico se halla representado por la *histeria*, designación tan mal empleada en tantas ocasiones, que algunos autores pretenden suprimirla. El histérico es aquel que reacciona *inadecuadamente* a una emoción; por ejemplo: el soldado que está en el frente y que sufre un ataque al oír el primer tiro, o la mujer que se desploma en un desmayo prolongado al saber que su hija se ha fugado con el novio. Esta es la *gran histeria*, cuya sintomatología cursa sobre dos modelos, expresados con las viejas palabras castellanas de «sobresalto» y «sobrecogimiento», que corresponden a la «tempestad de movimientos» y al «reflejo cadavérico» de KRETSCHMER. Estos dos modelos constituyen dos modos biológicos de reaccionar en una situación dada que se estima amenazadora para el ser: la huída y el disimulo de la acción por la inercia (el «tancredismo»). La esencia de la histeria consiste en que la emoción *se convierte* en trastorno somático. Una emoción desencadena una serie de reacciones vegetativas y motoras (temblor, taquicardia, midriasis, diarrea, poliuria, etc.). Según la emoción, según la constitución y según la experiencia individual, se reacciona, poniendo en juego un tipo especial de melodía vegetativa. En el sujeto normal, la reacción vegetativa es transitoria. En el neurótico persiste, no en su totalidad, sino en alguno de sus fragmentos. Lo mismo ocurre con las reacciones sensibles y motoras. La emoción se ha convertido en parálisis, anestias, temblores, taquicardia, etc. El enfermo deja de sufrir por la emoción, la borra de su conciencia; pero empieza a sufrir por su enfermedad. Existe una suplencia entre experiencia psíquica y trastornos somáticos.

La inadecuación cualitativa y cuantitativa entre estímulo emotivo y reacción que tiene lugar en el histérico puede producirse por dos razones principales: una, porque se trata de una personalidad anormal, permanente o transitoria, que reacciona excesiva y peculiarmente a las emociones (dramatismo de la histeria, deseo de figurar, de destacar su personalidad: «filotimia»; de obtener algún resultado o ganancia: «epitimia»). La otra razón de la presencia de una reacción inadecuada es más personal: un episodio ahora banal; por ejemplo, un intento de agresión sexual puede revivir un episodio anterior rechazado en el subconsciente y no elaborado (complejo).

La actual patología psicósomática arranca de este desplazamiento psíquico-somático, porque la observación clínica ha demostrado que cada día son más frecuentes las conversiones al plano visceral que al plano sensorio-motor. En los tiempos de CHARCOT, la Salpêtrière se llenaba de histéricas, que se expresaban en espectaculares ataques; después de la guerra de 1914-18, era frecuente ver temblores y hemiplejías histéricas. Hoy son más frecuentes las alteraciones en las regulaciones viscerales del estómago, de la vejiga, de los pulmones, etc. A éstas se llaman *neurosis orgánicas*. La idea de la neurosis orgánica partió de la hipótesis de que en las enfermedades «esenciales», sin lesión, debía existir una lesión del nervio rector del órgano, por ejemplo, en las neurosis gástricas. La observación clínica demostró posteriormente que no se trataba de lesiones, sino de *disregulaciones* (patología funcional), y que tales disregulaciones se presentaban por motivos psíquicos. Claro es que no bastaba en la mayoría de los casos una emoción, sino una serie de ellas, es decir, una determinada *situación* en la vida (represión, por la realidad de la vida, de los apetitos y concupiscencias personales).

* * *

Se ha intentado desmembrar el gran grupo de las psicosis en enfermedades independientes, análogas a las que maneja la Medicina interna. Este fué el gran anhelo de KRAEPELIN. Efectivamente, tal desmembración en entidades morbosas ha sido posible para algunas, como la parálisis general, la demencia senil, la arteriosclerósica, etc. Desde el punto de vista psíquico, dichas enfermedades ofrecen una cierta comunidad de síntomas que se agrupan alrededor de un trastorno axial: la *demencia*, que consiste en una pérdida de las facultades intelectuales. Esta misma *comunidad sintomatológica* se observa en las intoxicaciones, infecciones y en las heridas cerebrales cuando se acompañan de síntomas psíquicos. Los fundamentales, en este caso, se hallan agrupados en torno a un trastorno de la *conciencia* (pérdida de la conciencia o coma, obnubilación, estados crepusculares) en la fase aguda y a ciertas alteraciones de la memoria y de la personalidad que queda después (déficit en la capacidad de notación o síndrome de Korsakow, síndrome hiperestésico-emotivo, alteración de la personalidad en el sentido de volverse más amorfa, menos diferenciada).

Sería un error creer que, dada la simplicidad de esta síntesis, los cuadros en Clínica no ofrecen diferencia. La hay, y evidente, por muchas razones, tales como la coexistencia de unos síntomas corporales en otros, la velocidad con que se instalan los síntomas, su modo de aparición, en combinación, etc. Una demencia senil empieza, por regla general, por una acentuación de los rasgos propios del carácter: el enfermo se torna una caricatura de sí mismo. Poco a poco se vuelve olvidadizo, más para las cosas recientes que para las lejanas, y, finalmente, flaquea su juicio. Un traumatismo cerebral produce una pérdida de conciencia, y luego deja tras sí un trastorno somático y una alteración de la personalidad, que, las más de las veces, se combina con una lesión focal (por ejemplo, una afasia). Una psicosis arteriosclerósica produce un tipo de demencia, en la cual aparecen netas ciertas lagunas instrumentales (agnosis, trastornos del lenguaje, etc.). La parálisis general comienza con una alteración de la personalidad (euforia), para terminar en una demencia, y todo el cuadro se halla netamente caracterizado por los síntomas neurológicos (rigidez pupilar a la luz, disartria, flacidez de los rasgos faciales y biológicos, reacciones características en sangre y líquido céfalorraquídeo), etc., etc.

* * *

La *epilepsia* con trastornos psíquicos pertenece, sin duda, al grupo de las psicosis orgánicas. Lo característico para el diagnóstico es el ataque. Existen casos de interés neurológico casi exclusivo; pero en otros, la sintomatología psíquica es tan importante, que, por fuerza, caen dentro del radio de la Psiquiatría. Esta sintomatología psíquica se agrupa, como en el caso anterior, alrededor de dos ejes: la alteración de la personalidad y los trastornos de conciencia. La alteración de la personalidad es el ejemplo típico del *síndrome psicoorgánico* que acompaña a tantas enfermedades neurológicas. El enfermo se muestra pegajoso, pesado, minucioso, incapaz del menor rasgo de ingenio, ordenado, meticoloso, en suma, enérgico; a estos rasgos se agregan ciertos trastornos de la memoria y de la tensión intelectual, que cuando se acentúan cuajan en una verdadera demencia. Los trastornos de conciencia acompañan al ataque, pero los más importantes se presentan con cierta autonomía (estados crepusculares). Un epi-

léptico en estado crepuscular es uno de los enfermos más peligrosos que existen.

* * *

En la *esquizofrenia* nos encontramos con un tipo muy especial de enfermedad. Antes se llamó «demencia precoz», porque anida de preferencia en los jóvenes y conduce rápidamente a la demencia; pero esta demencia del esquizofrénico no es como las demencias orgánicas. No se destruye la capacidad de realizar actos inteligentes, sino que lo que ocurre es una especie de destrucción de la personalidad. La personalidad es el conjunto de funciones del querer, sentir y valorar. Estos se disocian, así como también el pensamiento. La vida mental del esquizofrénico ha sido comparada a una orquesta sin dirigente. La ataxia en el funcionamiento de su personalidad, su disociación, es la que dió origen al nombre (esquizofrenia: mente hendida o partida). En la fase de comienzo, antes de llegar a esa desintegración, el esquizofrénico se distingue por una serie de síntomas fundamentales: alucinaciones auditivas en forma de pregunta y respuesta, robo del pensamiento, sonoridad del mismo, sentimiento de que lo que se percibe, se desea o se hace se halla interferido por algo extraño; ideas delirantes primarias, etc., etc. La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales más frecuentes. El 8 por 1.000 de la población media son esquizofrénicos.

Un síntoma muy importante es la idea delirante. No hay que confundirla con una creencia errónea cualquiera. En la idea delirante auténtica, el enfermo percibe la realidad de otro modo, como si ésta le enviara un mensaje nuevo y extraño. Las gentes le miran, aquel señor se ha rascado la nariz, lo cual tiene una significación especial. Las nuevas significaciones que el enfermo ve en las cosas que pasan a su alrededor se refieren a él, sin que exista motivo alguno para sospechar tal referencia. La alucinación se combina a menudo con este cuadro, especialmente las auditivas.

Antes se distinguían varios tipos de esquizofrenia; pero éstos han perdido su importancia. Sólo hay que consignar que la esquizofrenia presenta una variedad extrema de cursos. Unas veces comienza de un modo brusco, con gran agitación psicomotora; otras, con una especie de letargo en el que cae el enfermo, que no está producido por ninguna alteración de la conciencia: el enfermo puede darse cuenta de las cosas, pero se halla frenado, inhibido (cuadros catatónicos). Otras es una insidiosa alteración de la personalidad: el enfermo se va convirtiendo paulatinamente en «otra» persona distinta, cambiando todo el sistema normal de móviles de conducta por otro anormal basado en su experiencia patológica. Otras ha tenido súbitamente una inspiración, ha recibido un mensaje, y poco a poco lo va elaborando hasta convertirse en instrumento del mismo. Al médico general no habría que pedirle un diagnóstico, sino simplemente la sospecha, racionalmente fundada—y no una mera impresión de profano—, de que se halla ante el comienzo de un proceso psicótico.

* * *

La *psicosis maniaco-depresiva* ocupa una situación especial. Realmente, en sus grados más acentuados constituye una psicosis en el sentido anteriormente expuesto; pero éstos son escasos. Además, la enfermedad se constituyó por la asociación de cuadros maníacos y depresivos. La manía se diagnostica cada vez con mayor rareza. Los cuadros agitados con ver-

borrea son con mucha más frecuencia esquizofrénicos, a pesar de su apariencia de maníacos. Las depresiones, en cambio, son frecuentísimas. Ambas, manía y melancolía (o depresión), son oscilaciones en sentido positivo y negativo del sentimiento de la vitalidad. En la manía, hacia la euforia; en la depresión, hacia la tristeza. La tristeza del melancólico le viene de dentro (endógena), no reconoce ningún motivo ni causa exterior. La tristeza le hace, por un lado, sentirse pesimista con respecto al futuro, culpable con respecto al pasado y atormentado con respecto al presente; pero como se trata de un sentimiento vital, también se manifiesta en una serie de sensaciones de malestar corporal (alteraciones de la cenestesia, tales como boca seca, opresión precordial, laxitud, etc.). Con objeto de evitar la palabra psicosis precisamente para este cuadro, ha propuesto K. SCHNEIDER llamarla *ciclotimia*, aludiendo a uno de sus caracteres fundamentales: el de presentarse en ciclos o fases. Efectivamente, las melancolías aparecen como una fase morbosa que dura mayor o menor tiempo, por regla general de seis a ocho meses, y que cesa dejando intacta la personalidad del enfermo. Puede repetir una o más veces en la vida, y puede, a veces, combinarse con una fase maníaca. La variedad de cursos es, realmente, extraordinaria.

Las depresiones endógenas (o melancolías endógenas) tienen una enorme importancia para el médico general. En sus fases mitigadas apenas son reconocidas como enfermedad psiquiátrica, y el enfermo recorre las consultas con diagnósticos diversos, hasta que su fase cesa. El último diagnóstico y el último tratamiento son los acertados. El acierto estriba en haber coincidido con el cese de la fase.

Junto a estos cuadros, he propuesto alinear otros de *angustia* o *ansiedad* que tienen muchos caracteres comunes con los anteriores. Se caracteriza por una sensación de angustia variable en intensidad, desde los grados más acentuados y sobrecogedores, hasta los de cierta inquietud, que se atribuye a diversos motivos, pero que, en realidad, aparece, como la melancolía, por un disturbio endógeno. Antes se diagnosticaba de *neurosis de ansiedad*; pero no se trata de auténticas neurosis, puesto que no están desencadenadas psicógenamente (queda, naturalmente, un grupo de casos en que sí se presenta como tal ansiedad reactiva, es decir, como una neurosis). Para señalar su carácter endógeno, he propuesto llamarla timopatía ansiosa (de *θυμος*: afectividad, ánimo), y de incluirla en el mismo círculo morboso que la ciclotimia, llamado *círculo timopático*, que es tanto como decir círculo o grupo de las enfermedades de la afectividad.

La sintomatología es muy variada y polimorfa: al lado de la angustia figura el vértigo. La forma más clásica de este tipo de vértigo es el agorafóbico, que siente el enfermo al cruzar una plaza abierta (agorafobia: miedo a los espacios). Angustia y vértigo van acompañados de una serie de sensaciones víscero-vegetativas. Cuando se estudia la historia de un enfermo de esta clase, llama la atención que en su anamnesis figuran episodios angustiosos al lado de otros, tales como crisis taquicárdicas o diarreicas o enuréticas, etc., que han recibido diagnósticos distintos. Actualmente se consideran estos enfermos como afectos de *neurosis orgánica*, a los cuales hemos aludido anteriormente, y constituyen el objeto preferente—pero no *exclusivo*—de la patología psicosomática; pero yo sostengo que muchos de estos enfermos pertenecen al círculo timopático y, concretamente, al grupo de la timopatía ansiosa. Si se escudriña bien en su sintomatología, resultan claros varios hechos:

1.º Que todos los síntomas van envueltos y arro-

pados por una sensación de ansiedad. El enfermo da tanta más importancia al síntoma cuanto más ansiedad lleva adherida.

2.º Aparte de la ansiedad ligada al síntoma prevalente, existe una ansiedad en el fondo del cuadro clínico; el enfermo dice que «se siente mal»; pero tras esa expresión se esconde un apagamiento de los sentimientos vitales (sensaciones de bienestar, de frescura corporal, de alegría frente a la vida, etc.), que se tornan negativos.

3.º En muchos casos, los trastornos se presentan con carácter fásico, es decir, duran unos meses, y cesan. Aun en los que muestran un curso crónico en la anamnesis, se descubren fases anteriores.

4.º Con frecuencia, en el árbol familiar nos encontramos con enfermos del mismo tipo o con auténticas psicosis maníaco-depresivas.

5.º En el curso de la vida puede observarse una *suplencia* de fases: un enfermo que ha presentado un episodio de asma esencial, muestra luego un episodio depresivo o ansioso.

Si se pregunta a enfermos sencillos y poco observadores si sienten ansiedad, es posible que no sepan respondernos adecuadamente. El análisis profundo de la vivencia del enfermo nos ha permitido reconocer que la ansiedad se siente en el fondo como un vago temor a la locura; más raramente como un temor a la muerte. El miedo a la locura traduce groseramente la experiencia singular del angustiado, que consiste en el presentimiento morboso de la disolución del núcleo de su personalidad, de su yo. Los enfermos hablan de sensaciones raras en la cabeza, «como si fuera a estallar», «como algo extraño que pasa o va pasar en ella», que es el modo como ellos experimentan, en el plano somático, esa sensación.

* * *

Como apéndice a las psicosis, debemos anotar los *defectos congénitos de la inteligencia*, a los cuales se llama *oligofrenia*. Es clásica, puesto que procede de ESQUIROL, la distinción entre la demencia adquirida (psicosis orgánica), que es el rico que ha perdido un capital, y la *demencia congénita* (oligofrenia), que se halla representada por el que nació pobre. Se distinguen varios grados de pobreza intelectual morbosa, que, de más a menos, son: idiotas, imbéciles y débiles mentales superiores. Sólo los débiles mentales superiores pueden plantear algún problema diagnóstico difícil. Los demás son fáciles de reconocer, y el problema no es el de diagnosticarlos, sino el de saber aconsejar una línea de conducta.

Existen dos fuentes de oligofrenia: las enfermedades congénitas (por ejemplo, el gran grupo de las llamadas encefalopatías infantiles, la esclerosis tuberosa, la idiocia amaurótica, etc.) y las variaciones en el desarrollo de la inteligencia. Hay variaciones en más, que van de los superdotados a los genios; pero también hay variaciones en menos, que son los débiles mentales. Aunque lo primordial es siempre la ausencia o el escaso desarrollo de la inteligencia, lo cierto es que está alterada también la personalidad. No es sólo la inteligencia del imbecil lo alterado, sino también sus impulsos y tendencias.

* * *

Ahora, unos cuantos puntos sobre la conducta a seguir. La anterior distinción entre psicosis y neurosis, trasladada al plano terapéutico, quiere decir lo siguiente: puesto que las psicosis son enfermedades con base somática, su terapéutica habrá de ser so-

mática (*somatoterapia*), y puesto que las neurosis están determinadas por motivos psíquicos, la terapéutica será psíquica (*psicoterapia*). Esto no es más que un principio general. Algunas psicosis deben ser tratadas, además, con una psicoterapia complementaria, como ocurre, por ejemplo, con algunas esquizofrenias, y también en ciertas formas de neurosis se puede utilizar algún tratamiento somático complementario, como pequeñas dosis de insulina.

La terapéutica somática toma dos caminos: uno, el de la terapéutica *específica*, y otro, el de la terapéutica *inespecífica*. El primero se emplea, por ejemplo, en la parálisis general; en las infecciones e intoxicaciones habrá que recurrir a las terapéuticas somáticas pertinentes. Mucho más campo tienen, en Psiquiatría, las terapéuticas inespecíficas, como la malarioterapia en la parálisis general, la insulino-terapia y convulsión-terapia en las psicosis endógenas.

Estas dos últimas terapéuticas, llamadas habitualmente «métodos de choque», han supuesto un progreso considerable en Psiquiatría. Son más inocuas de lo que era de prever y menos aparatosas, que, por ejemplo, las terapéuticas quirúrgicas. Desgraciadamente, circula una mala literatura sobre ellas. Pero ni su inocuidad ni su éxito permiten su uso indiscriminado. El problema fundamental es el de sentar una indicación ajustada a cada caso, y esto sólo puede lograrlo el que tenga una gran experiencia. El coeficiente de mortalidad es casi nulo para la convulsión-terapia y escasísimo para la insulino-terapia; pero, insisto una vez más, no deben practicarse más que en los casos en que psiquiátricamente estén *indicados* y somáticamente resulten *permitidos*. La insulina exige, por otra parte, el ingreso en una clínica. Salvo otras indicaciones más raras, el campo principal de la aplicación de los métodos de choque son la esquizofrenia y la psicosis maníaco-depresiva.

Partiendo de la analogía entre las depresiones endógena y la timopatía ansiosa, he propuesto para esta última la acetilcolina intravenosa. La técnica es sencilla y sin complicaciones. En muchos millones de inyecciones no hemos observado, ni yo ni mis colaboradores, ningún accidente. Algunos médicos creen que la hipotensión arterial es una contraindicación, creencia errónea. La hipotensión acompaña muchas veces al síndrome vital como una manifestación más del mismo, y cuando se les trata con acetilcolina intravenosa, la tensión sube precisamente cuando el enfermo se va recuperando. La acetilcolina intramuscular no produce ningún resultado. Lo que se busca precisamente es provocar un ligero choque vegetativo que actúe sobre las regulaciones diencefálicas.

La terapéutica psiquiátrica está en continuo avance. Los nuevos preparados anticonvulsivos—especialmente los compuestos hidantoínicos—son muy eficaces; el antabús en el alcoholismo, el ácido glutámico—todavía inseguro—en ciertos casos de oligofrenia, etcétera, etc.

* * *

Pero al médico práctico se le plantea un problema urgente cuando se halla ante una psicosis aguda. Una fase maníaca, un brote esquizofrénico que comienzan agudamente o que se convierten en agudos tras un comienzo insidioso, exigen una intervención inmediata. La solución adecuada a estos casos consiste en *ingresarles* en un establecimiento psiquiátrico. Las formalidades legales son muy fáciles de cumplir: basta un certificado médico, en el cual se reconozca la existencia de los trastornos psíquicos y

la necesidad del ingreso del enfermo para su tratamiento, y una solicitud del familiar más próximo. Existen otras formas de ingreso previstas por la ley: el ingreso de urgencia, que puede hacer el mismo director del establecimiento; el ingreso gubernativo y el judicial. Pero el más corrientemente utilizado es el primero. Otra cuestión es la de saber cómo realizar el transporte cuando se trata de un enfermo agitado. Por regla general, los establecimientos privados se encargan del mismo y algunos públicos también. Lo mejor es que, bien asistido de varias personas—enfermeros o no—, el médico le inyecte un sedante energético adecuado al estado físico del enfermo (morfina, escopolamina, escofedal y compuestos análogos). Cuando el enfermo ve varias personas dispuestas a sujetarle renuncia a defenderse; es mejor, por principio, decir la verdad al enfermo. «Usted está *enfermo*, y vamos a llevarle a una clínica para tratarle y curarle.» Incluso muchos delirantes, que desconfían de todo, sienten un cierto alivio al ser tratados como enfermos; prefieren la enfermedad al sufrimiento terrible de que sea verdad lo que ven en su delirio. Es necesario, insisto una vez más, que el médico se cerciore del estado somático del enfermo; no debe olvidarse de solicitar referencias minuciosas sobre el mismo, en el caso de que sea totalmente imposible una exploración directa.

La indicación de ingreso es unas veces puramente médica—necesidad de tratamiento—y otras social—incompatibilidad con la vida social. La incompatibilidad con la vida social se halla determinada por la *peligrosidad* del enfermo. También puede ser peligroso para sí mismo. Los psicópatas graves son con frecuencia internados en razón de su peligrosidad. Otra causa de ingreso es la toxicomanía. Muchos toxicómanos son personalidades psicopáticas, lo cual agrava las alteraciones de su conducta.

* * *

La *psicoterapia* es una de las armas más eficaces que posee el médico. Cualquier acto médico puede convertirse en psicoterapéutico. El médico de familia, chapado a la antigua, era siempre un excelente psicoterapeuta. Conocía el carácter de sus enfermos, las circunstancias sociales y familiares que les rodeaban, los conflictos presentes, y podía dar siempre un consejo oportuno en cualquier encrucijada vital que se le presentase. La madre que veía empalidecer a su hijo, víctima de un «vicio oculto»; la joven que en noviazgo forzado empezaba a vomitar, y otros tantos casos, eran resueltos con sencillez y maestría insuperables. También sobre los enfermos orgánicos se puede ejercer una acción psicoterapéutica. OSLER decía que a un canceroso de estómago sólo le devolvía el apetito un médico optimista. Pero no es el optimismo la clave de la conducta psicoterapéutica, sino el conocimiento del hombre y el tacto para irle situando frente a las *nuevas verdades que sobre su vida le van diciendo sus enfermedades*.

Existe la llamada psicoterapia profunda, o psicoterapia mayor, que es una técnica reservada al especialista. Pero la psicoterapia menor es el campo de cultivo del médico general y de cualquiera especialidad. El primer principio es el de no causar daño. ¡Cuántos sufrimientos se hallan encendidos o alimentados por una palabra o una maniobra exploratoria inoportuna! Ante un enfermo, lo que no es necesario es nocivo. Hacer por hacer en la vía diagnóstica y terapéutica es absurdo. Toda actuación médica ha de tener un sentido, y el que no sepa encontrarlo, que busque su camino por otra parte.

FACTORES POLARIZADORES DEL ASMA BRONQUIAL

por el

Doctor BALDOMERO SANCHEZ-CUENCA

Director del Instituto Antiasmático y de la Revista *Alergología*.
Madrid.

Se observa a veces en la práctica que el asma no es simplemente la consecuencia de la entrada en juego de los factores asmógenos. Penetrando hondo en la historia del paciente se puede colegir a menudo que tales factores etiológicos venían actuando sobre su organismo desde un tiempo muy anterior al comienzo de su asma, y que ésta se actualizó en un momento determinado de su vida, no por una mayor intensidad de acción de los agentes etiológicos, sino por otras circunstancias esporádicas y ajenas ya, al hacerle la historia, al problema actual del enfermo. Se trata casi siempre de sujetos considerados durante mucho tiempo como catarrosos vulgares, hasta un día determinado en que interfiere en su problema respiratorio una circunstancia extraña a la etiología habitual del mismo, y desde aquella fecha el paciente dejó de ser un simple catarroso o bronquítico para convertirse en asmático, pues a partir de entonces todas sus incidencias agudas bronquiales han ido ya acompañadas de la disnea sibilante, etc., que caracteriza al asma bronquial. Viene a ser en estos casos como si, «ignorante» el organismo de cómo se hace el asma, necesitase la tutoría rectora de una circunstancia propiamente asmógena; pero una vez «aprendido» el camino del asma, lo sigue ya el organismo sin necesidad de «andadores».

Tal ocurre de cuando en cuando con ciertos enfermos que inician su historia asmática a partir de la ingestión de un comprimido de aspirina, tras de la inhalación de un vapor irritante, o el asma, que empieza en un embarazo o tras de una impresión psíquica violenta.

De casos de esta naturaleza tenemos recogidas varias historias, y sobre ellas vamos a hacer unos breves comentarios después de exponerlas muy sintéticamente:

Caso I.—V. R. Varón, cincuenta y dos años. Historia número 3.858 del archivo del Instituto. Catarros descendentes invernales desde la juventud, que se fueron haciendo sucesivamente más prolongados. Alguno de estos episodios cursó con sibilancias discretas, pero sin disnea. En el curso de uno de ellos, tomó hace dos años un comprimido de aspirina, y poco después le acometió una crisis disneica violenta que duró tres días, con ligeras y fugaces remisiones tras de los calmantes habituales. A partir de entonces, todos los episodios agudos de bronquitis que ha sufrido cursaron con accesos de asma notablemente intensos, aunque no ha vuelto a tomar aspirina.

Semejantes a éste, tenemos registrados otros tres casos más, cuya historia asmática la inicia la ingestión de aspirina. En uno de ellos, el agente desencadenante específico tolerado hasta la ingestión de la aspirina y asmógeno a partir de entonces eran las lentejas.

Caso II.—B. G., cincuenta años. Varón, de profesión bodeguero. Sufre desde joven frecuentes episodios de catarro bronquial. Un día, quemando azufre en la bodega, aspira inadvertidamente los vapores sulfurosos, y sufre un acceso de sofocación violentísima. Pasado este angustioso momento, queda con disnea sibilante intensa, que se domina con adrenalina, efedrina, etc., a los cuatro días, tras de aparecer una abundante secreción bronquial mucosa. Esté incidente inicia su historia asmática, y, a partir de él, todos los episodios bronquiales invernales son típicamente asmógenos.

Análogo a éste es el caso de una mujer que utilizaba amoníaco en una faena casera de limpieza, e

inadvertidamente lo aspiró. Inmediatamente sufrió un acceso intenso de asma, y ya cursaron con ésta todos sus catarros.

Caso III.—F. M., veintisiete años. Hembra. Sufre desde joven frecuentes episodios de rinitis hidrorreica, con nutridas series de estornudos. Se casa, y queda embarazada; en el quinto mes de gestación sufre un catarro febril, y la trasladan a casa de sus padres. La entrada en esta casa, donde había vivido antes sin exhibir otras manifestaciones de su alergia respiratoria que la rinitis mencionada, va seguida de un acceso de asma, sufriendolos desde entonces muy frecuentemente, aun no hallándose en gestación.

La exploración revela hipersensibilidad a polvo doméstico (reacción pseudopódica en la prueba cutánea).

Esta hipersensibilidad era, sin duda, anterior a la gestación, pero sólo le ocasionaba crisis de rinitis. El embarazo parece que polarizó la reactividad alérgica hacia los territorios bronquiales, y los dejó ya preparados para ulteriores respuestas asmáticas.

Caso IV.—S. M., treinta y ocho años. Varón. Aparejador. Sufre desde joven frecuentes catarros descendentes en el invierno. Un día, en pleno catarro, recibe una fuerte impresión psíquica (hundimiento de una obra que dirigía, con lesionados graves). La impresión le angustia, y la congoja termina en una crisis de asma. Desde entonces cursan con asma sus catarros.

En todos estos casos, pero especialmente en el último, es imposible excluir factores psico-somáticos a los que atribuir un papel en la continuidad ulterior de la respuesta respiratoria asmática. Pero, naturalmente, esto no invalida la tesis de la función iniciadora del asma por parte de las incidencias mencionadas, aunque el mecanismo pueda ser otro del postulado por nosotros.

En el análisis de estos casos resalta como denominador común la existencia de una historia previa catarral con una etapa primera de rinitis hidrorreica claramente alérgica, según se demuestra en la exploración ulterior, durante la cual el organismo esboza ya en alguno de los casos su disposición asmática, matizando con sibilancias discretas los episodios de agudización bronquial, pero que sólo «se decide a hacer el asma», cuando un factor asmógeno ha abierto el camino a esta especial reacción respiratoria.

De estos factores, unos son químicos y de mecanismo de acción humoral, como la aspirina; otros son irritativos del aparato bronquial, como el insulto del amoníaco y el del gas sulfuroso, cuya aspiración por el sujeto normal va seguida de una sensación opresiva originada por un espasmo bronquial violento y difuso; otros son endocrino-vegetativos, como sucede en el embarazo, y otros obran, sin duda, a través de una conmoción diencefálica, como es el caso de las impresiones psíquicas intensas.

Por vulgares y poco trascendentes que parezcan estas observaciones, creemos que no dejan de tener su importancia en el juicio de los mecanismos de la reacción asmática. El juego de los factores neuro-humorales que la hacen posible es lo decisivo sin lugar a duda; mas, con gran frecuencia, se hace necesaria la intervención de otras circunstancias que rompan un equilibrio funcional que impide el que aquellos factores específicos desencadenen el asma. Ello nos explicaría la razón de por qué un alérgico constitucional se mantiene en estado de latencia,