

Psicosis Sintomáticas

DR. ALCERRO C. (hijo)

Llegados hace pocos meses a la Asociación Médica Hondureña, nos ha cabido la suerte de ingresar en momentos de florecimiento para ella, cuando es francamente notorio el impulso de avance de que están animados todos sus socios. Y decimos que nos ha tocado en suerte porque de haber llegado en épocas de menor nivel de actividades, seguramente y quizá sin protestar, nos hubiéramos acomodado a las normas en uso. Ahora, por el contrario, teniendo siempre de base un afán de mejoramiento y con el buen ejemplo que se admira a diario podremos poner toda nuestra voluntad al servicio del avance colectivo, y con ello —aunque dada nuestra inferioridad en conocimientos, los resultados no sean los apetecidos— habremos cumplido con nuestro deber.

La Asociación Médica Hondureña se ha propuesto que su revista sea el reflejo de su mentalidad y de su labor (R. M. H., Nov. y Dic. 1942, página de la Dirección). Esto nos forzará a dejar la costumbre de reproducción sistemática de lo que pasa en el mundo médico del exterior. Lo que la práctica corriente nos enseña y que es de interés para el conglomerado médico del país y el estudiantado de Medicina pasará a primer término. La casuística formará parte de nuestras publicaciones y abrirá nuevos caminos; los mejor dotados podrán obtener conclusiones o hacer tentativas de interpretación sobre las características generales o particulares de nuestra patología, etc. Envueltos así en este movimiento de renovación nos atrevemos hoy a hacer unas esquemáticas consideraciones sobre psicosis sintomáticas, que recuerden al médico general sus relaciones con la patología mental.

La mayor parte de las enfermedades generales, las infecciones y los trastornos del metabolismo, son capaces de provocar trastornos mentales. En cualquier enfermedad grave podrá notarse irritabilidad del carácter, apatía, depresión, trastornos de la memoria, dificultad de concentración, etc. Se admite que en los procesos infecciosos febriles ello se debe a la congestión de los centros nerviosos, al envenenamiento celular y a la hipertermia. Pero las psicosis sintomáticas no sólo se presentan en esos casos. Habrá individuos que por causas mínimas y variadas presentarán el mismo tipo de reacción psíquica. Es evidente que un factor que hay que tomar en cuenta es el del terreno. Por otra parte, existen infecciones que cuando se acompañan de síntomas mentales lo hacen siguiendo siempre un tipo más o menos constante, tal sucede con la corea, tuberculosis, atrofia amarilla del hígado, etc.

Los diferentes modos con que la psiquis del individuo reacciona a las diversas enfermedades infecciosas, del metabolismo, etc., se conocen con el nombre de síndromes exógenos; son ellos: obnu-

bilación, delirio, amencia y estado crepuscular; están formados por distintos, síntomas mentales y, más o menos mezclados y pronunciados, forman parte de las psicosis sintomáticas. Se manifiestan éstas, yendo de lo sencillo a lo complejo, por: a) torpor o irritabilidad; b) ansiedad, agitación, incoherencia intermitente de acentuación nocturna, ilusiones (visuales sobre todo), y a veces, alucinaciones; c) gran delirio febril que tiene las características del delirio onírico de Regis. En éste las facultades mentales superiores están adormecidas, como sucede en el sueño; se libera el subconsciente, suben desenfrenados los recuerdos y son erróneamente interpretados. Este delirio será variado: agradable unas veces y terrorífico y acompañado de reacciones violentas, otras. Al mismo tiempo que el onirismo pueden existir alucinaciones sensoriales variadas, obnubilación y agitación. Este estado desaparece generalmente al desaparecer la fiebre, dejando a veces un recuerdo vago de lo sucedido o dejando como secuelas delirios sistematizados secundarios o ideas fijas postoníricas; d), confusión mental.

Según su causa las Psicosis Sintomáticas pueden referirse a cinco estados:

- 1) Psicosis sintomáticas de las enfermedades infecciosas, a) de las enfermedades infecciosas agudas generalizadas (Reumatismo Articular Agudo, Tifoidea, Gripe (muy frecuente), Neumonía, etc.); b) Enfermedades infecciosas nerviosas (Meningitis Aguda, Corea Aguda, Rabia, Encefalitis epidémica); c) Enfermedades infecciosas crónicas (Tuberculosis, etc.)
- 2) Psicosis sintomáticas de las Enfermedades de los Órganos Internos (cardiopatías, afecciones gastro-intestinales, atrofia amarilla aguda del hígado, etc.)
- 3) Psicosis sintomáticas de las Enfermedades Generales (Pellagra, Anemia Perniciosa).
- 4) Psicosis sintomáticas de las Enfermedades del Metabolismo Enfermedad de Basedow, Tetania, Enfermedad de Addison, Gota, etc.), y
- 5) Psicosis Sintomáticas de las .Fases de la Generación (Mens-truación, Embarazo, Puerperio, Lactancia).

El Diagnóstico se hace por el examen médico completo que permite encontrar la causa de la reacción mental. El pronóstico vital queda unido al pronóstico de la enfermedad productora. El pronóstico funcional es generalmente benigno; las psicosis sintomáticas curan casi siempre. No hay que olvidar, sin embargo, que según el terreno en que evolucionen, podrán dejar secuelas (ideas fijas post-oníricas) o servir de principio a una enfermedad mental.

En nuestra práctica hospitalaria tenemos con frecuencia ocasión de observar diversas Psicosis Sintomáticas. Haremos a continuación una reseña de tres casos que vimos en los tres últimos meses del año recién pasado.

A) Delirio onírico y fuga de terror en un palúdico

El tres de noviembre nos encontramos en el Asilo de Alienados a un paciente de 29 años, soltero, bachiller en Ciencias y Letras, originario y vecino de San Antonio de Cortés, a quien la Policía condujo el día anterior por haberle encontrado desnudo en un cerro cercano a Támara, huyendo de perseguidores irreales. El paciente está encamado; es un sujeto de estatura mediana, de músculos bien desarrollados, con panículo adiposo no escaso. Su facies es amable. Esta apirético y como anormalidad el examen somático sólo permite observar caries dentarias. De él *se* obtiene la siguiente historia (los datos referentes al estado anterior a la reacción mental fueron -corroborados por carta de su padre a un amigo de Tegucigalpa).

Desde los últimos días del mes de septiembre .retropróximo, estando dedicado por entonces a la enseñanza primaria en su pueblo natal principió a notar trastornos de su salud, consistentes en malestar general, dolorimiento, necesidad frecuente de bostezar, cefalalgia, náuseas, y luego, fiebres intermitentes, diarias, precedidas de escalofríos de larga duración, con estado hipertérmico de algunas horas, que al desaparecer no se seguía de diaforesis y al que seguía sensación de debilidad. Durante unos quince días las fiebres fueron diarias; tomaron luego un carácter terciano y se hicieron después irregulares. Tratóse con quinina y como no obtuviera curación decidió trasladarse a Tegucigalpa para ingresar al Hospital General. Reunió algunos dineros (sesenta lempiras) y con ellos se dirigió a la capital. Durante los dos días que duró el viaje por carretera estuvo con fiebre. Llegó a Tegucigalpa por la tarde, como a las cuatro p. m., y decidió alojarse en una Pensión, en donde le exigieron pago adelantado por su hospedaje. Se dio cuenta entonces que la cartera que contenía su dinero había abandonado sus bolsillos. Intensamente emocionado por la pérdida y recordando que en Támara (pueblo situado como a veinticinco kilómetros de Tegucigalpa) había descendido por un momento del autobús en que viajaba, pensó que podía haber perdido allí su cartera e inmediatamente buscó quien le acompañara a Támara, prometiendo al que lo hiciera una recompensa monetaria sí encontraban el dinero .perdido. Dos muchachos del pueblo se decidieron a acompañarle, y a pie se dirigieron en busca del objeto perdido. Llegaron a Támara a la una de la mañana aproximadamente y después de buscar infructuosamente en los lugares sospechados, cansados y .sin esperanza, solicitaron asilo en la casa que ocupa el resguardo militar del pueblo. Dormieron allí. Nuestro paciente dice que "tuvo ensoñaciones cuyo contenido no recuerda y que al amanecer de ese día despertó cuando oyó que el centinela de guardia cargó su rifle y dijo en alta voz que iba a matarle. Se levantó, vio al Jefe -del Resguardo y se quejó de lo que sucedía. El Jefe le tranquilizó y le aseguró que podía regresar a Tegucigalpa sin ningún cuidado. Acom-

panado de sus amigos del día anterior emprendió su viaje de regreso; notó en ellos "malas intenciones" y se les adelantó. Ellos entonces le siguieron corriendo al mismo tiempo que decían "capturaremos á éste y entreguémosle a la policía," "matémosle." Aterroizado abandonó la carretera y se internó en un cerro. Sus "enemigos" le perseguían de cerca y para aligerar su huida se desnudó y escondió su ropa bajo una piedra, y siguió corriendo hasta agotarse. Penetró a un huerto y allí descansó. El dueño del huerto dio aviso a un alguacil, quien fácilmente le capturó y le envió a Tegucigalpa."

Su comportamiento en el Asilo *es* normal. En la exploración de las funciones mentales se encuentra como anormal, ligera desorientación en el tiempo e ideas fijas **post-oníricas**.

No se encuentra anormalidades en su pasado psíquico y familiar. Pasado patológico: chancro duro hace cuatro años; tratado precozmente y con intensidad, sus reacciones serológicas sanguíneas, fuertemente positivas en un principio, llegaron a negativizarse. Hace dos años padece estreñimiento.

De los exámenes, de laboratorio nos interesan los siguientes: Sangre: positivo por plasmodium falciparum (hay gametos). Glóbulos rojos, 2.804.00; Glóbulos Blancos, 5.500; N, 70 %; L, 27 %; E, 1 %; G. M., 2 %; Hemoglobina, 54 %. R. de Kahn: negativa. L. C. R.: tensión, «seis milímetros de mercurio (en decúbito); aspecto claro; 8.64 células por mm. 3; Reacción de las globulinas, uno , más; Reacción de Takata-Ara, uno más, tipo mixto; Reacción de Kahn, más menos.

Se hizo un tratamiento antipalúdico con quinina y plasmoquina. Se trató la hipocitemia. Curó el paludismo, mejoró la hipocitemia, el paciente ganó peso. No se pudo hacer nueva investigación de L. C. R. para comprobar su estado fuera del acceso palúdico.

El paciente dejó el Hospital el cinco de enero, admitiendo para complacer al médico, "que tal vez no era cierto que le perseguían, y .que se trataba sólo de una fantasía debida al estado febril*"

B) *Estado crepuscular en una Meningitis Tuberculosa "*

Las meningitis tuberculosas del adulto son, como es generalmente sabido, paucisintomáticas y con frecuencia sus únicas manifestaciones son de orden **mental** Podemos decir, pues., que el caso a que nacemos referencia era de *los más ricos en* sintomatología. Hagamos notar, sin embargo, que los análisis biológicos de L. C. B. mostraron un proceso luético concomitante. Llegó el enfermo al Asilo de Alienados, el 22 de octubre de 1942; sujeto de 34 años de edad, comerciante, venezolano residente en Honduras; le trasladaban de una casa de salud de la ciudad. Había llegado allá-pocos días* antes, habiendo motivado su internamiento el padecer de cefalalgia persistente y profunda. Habíase encontrado una tuberculosis pulmonar de tipo cavitario., baciloscopia positiva. La P. L..

les demostró: hipertensión del L. C. R. y aumento de sus células (alrededor de 300). Cefalalgia y los datos de la exploración somático-biológica fueron enriquecidos por un estado estuporoso de aparición brusca y de dos días de duración. Al salir de él, notaron que el enfermo no entendía lo que se le decía, se levantó llevando su almohada en la cabeza y visitó las habitaciones de los demás enfermos, mirándoles extrañado. Fue entonces conducido al Hospicio. Al llegar a éste se colocó en una sala común; se notó en él agresividad perversa: escupía o trataba de escupir a los otros enfermos y trató después de salir del establecimiento; se le trasladó a un cuarto individual. Ahí le vemos en la mañana del día siguiente a su ingreso; está sentado en una banca, la mirada perdida, no reconoce la llegada del médico, no contesta al interrogatorio y sólo algún tiempo después habla solicitando algo. En los días siguientes su estado fue el mismo. Como datos positivos de la exploración neurológica se hallaron: rigidez de la nuca, Kerning y Brudzinski. Los análisis biológicos mostraron, en sangre: R. de Kahn, dos más; esputo positivo por B. de Koch. L. C. R., aspecto grumoso, 154.8 células por mm.3, hipogluorraquia, B. de Koch, negativo; R. de Kahn, uno más; R. de Takata-Ara, dos más; R. de las Globulinas, dos más. Le tratamos por punciones lumbares; pareció mejorar en un principio pero luego cayó en un estado moroso que llegó al estupor tres días antes de su muerte.

C) *Síndrome amencial en una Pelagra*

Tratábase en este caso de uno de los más completos casos de Pelagra que hemos podido observar. Vemos de cuando en cuando, cuadros pelagrosos incompletos con manifestaciones dérmicas y digestivas. En el que ahora hacemos referencia podemos decir que era una pelagra a la antigua. Hace unos años, decía un escritor >en una revista médica, que la pelagra, enfermedad de las cuatro "D", se había transformado en la de las tres "D", porque gracias a los tratamientos actuales y en especial al que él preconizaba, se había suprimido la cuarta "D". En nuestro caso, por desgracia, no fue así, y D-ermatosis, D-iarrea, D-emencia y Defunción, pudieron ser observadas. Era un paciente de 50 años de edad, originario de Apacilagua, dedicado a labores agrícolas, que había estado desde unos meses atrás en un Servicio de Cirugía del Hospital General, de donde nos lo enviaban. Había llegado a aquella Sala por una erisipela de repetición y elefantiasis de ambas piernas; la erisipela se había presentado por primera vez: unos dos años atrás. Poco tiempo después de estar en el Servicio citado, notaron en el paciente un estado depresivo, se quejaba de la larga duración de su enfermedad y terminó pidiendo su externamiento, el cual fue concedido. Al día siguiente de su salida el paciente reingresó: había intentado suicidarse haciéndose una herida cortante en el cuello; fue suturado y retenido en el servicio mientras cicatrizaba la herida. Durante esos días el enfermo desarrolló síntomas catatónicos; durante mu-

chas horas permanecía de pie, fijo, inmóvil. Fue trasladado al Asilo de Alienados. Le vimos allí en la mañana del 22 de octubre de 1942; estaba de pie en el centro de un patio; sujeto alto, se notaba adelgazado, pálido, subictérico, los miembros superiores caídos a lo-largo del tronco; había permanecido así desde que se levantó, sin hacer caso a nada ni a nadie, miraba siempre al frente, indiferentemente. En exploración posterior encontramos en él; desorientación en el tiempo, gran disminución de la atención, dismemoria global, pobreza de ideas, lentitud en las asociaciones, debilidad del juicio, disminución de los afectos, trastornos de los actos, discinesia (catatonía). La exploración somática permitió observar una dermatosis pelagrosa del dorso de las manos y antebrazos; no se pudo precisar el tiempo de aparición. En las piernas, elefantiasis moderada y secuelas epidérmicas del último brote erisipelatoso. La exploración de aparatos, mostró en digestivo; lengua que ha perdido su epitelio en los bordes y punta; mucosa bucal pálida, dentadura incompleta y en mal estado; el cuadro cólico doloroso (principió a tener diarrea unos seis meses antes, asientos frecuentes, grandes). Se observa en el cardiovascular, eretismo de los vasos del cuello, debilidad del pulso, apagamiento de los ruidos cardíacos.. Sistema ganglionar: hay hipertrofias ganglionares epitrocleares-derechas e inguinales bilaterales. Laboratorio: se encontró en las heces amibas y uncinarias.

El tratamiento no pudo ser todo lo suficiente que era necesaria y el paciente murió un mes después de su ingreso.

Los casos anteriores por la gravedad de sus trastornos psíquicos obligaron a la reclusión en un Asilo; pero ello no sucede con frecuencia en las diversas psicosis sintomáticas leves con que el médico general se encuentra a diario. Conviene estar bien enterado de su existencia y formas para poder obrar en cada caso con criterio recto.

Tegucigalpa, D. C, enero de 1943.