

1949

Nº 145

AÑO 1949
Vol 20

Volumen ~~XVII~~ 20



Faltas nº 143
144

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Organo de la
Asociación Médica Hondureña

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
DEPARTAMENTO DE BIBLIOTECAS
BIBLIOTECA MEDICA NACIONAL
Tegucigalpa, D. C., Honduras C. A.

Director:

Dr. Carlos M. Gálvez

SUMARIO

Página del Director: El Hospital Clínico	1145
Tratamiento de los Abscesos Apendiculares	1147
Dr. Angel D. Vargas	
Anestesia Endotraqueal	1152
Dr. J. Napoleón Alcerro	
II Jornadas Reumatológicas del Norte	1161
Discurso Pronunciado a Nombre de la Directiva de la Asociación Médica Hondureña por el Dr. Juan Montoya Alvarez en la Celebración del Día Panamericano del Médico	1162
Las Esquizofrenias	1165
Dr. R. Alcerro Castro	
3er. Curso Intensivo de Ginecología y Obstetricia para Graduados de Habla Española	1187

Noviembre y Diciembre de 1949

MIEMBROS DE LA ASOCIACION MEDICA HONDUREÑA

SOCIOS HONORARIOS

Dr. Mejía Colindres, Vicente San José, Costa Rica
Dr. Lowsley, Oswald S. New York, EE. UU.

SOCIOS EN TEGUCIGALPA

Dr. Alcerro, J. Napoleón
Dr. Alcerro Castro h., Ramón
Dr. Banegas M., Virgilio
Dr. Bardales, Armando
Dr. Bulnes, Martín
Dr. Cáceres Vijil, Manuel
Dr. Cáceres Vijil, Marcial
Dr. Caminos D., Carlos
Dr. Castellanos, Plutarco
Dr. Castillo Barahona, Manuel
Dr. Dávila, José Manuel
Dr. Díaz B., Humberto
Dr. Díaz Quintanilla, Mario
Dr. Durón, José R.
Dr. Gálvez, Carlos M.
Dr. Gómez-Márquez J.
Dr. Gómez-Márquez Gironés J.

Dr. Gómez Rovelo, Roberto
Dr. Guilbert, Henry D.
Dr. Lázarus, Roberto
Dr. Majano, Dagoberto
Dr. Mejía M., Juan A.
Dr. Mendoza, José T.
Dr. Midence, Alfredo C.
Dr. Montoya Alvarez, Juan
Dr. Pereira, J. Ramón
Dr. Pineda Ugarte, Abelardo
Dr. Reyes Soto, Joaquín
Dr. Sandoval h., José María
Dr. Valenzuela, Héctor
Dr. Valladares, Ramón
Dr. Vargas, Angel D.
Dr. Zúñiga, Gustavo Adolfo

SOCIOS EN LOS DEPARTAMENTOS

Dr. Agurcia, Carlos Washington, EE. UU.
Dr. Bernúdez h., Antonio Tela
Dr. Burgos, Marco Tulio Yuscarán
Dr. Tito H. Cárcamo San Marcos de Colón
Dr. Díaz Bonilla, J. Manuel La Ceiba
Dr. Fiallos, Juan Miguel La Ceiba
Dr. Matute, Eugenio San Pedro
Dr. Mejía Isidoro Danlí
Dr. Rivas, Carlos Olanchito

SOCIOS EN EL EXTRANJERO

Dr. Cantizano, Blas San Salvador, República de El Salvador
Dr. Midence, Ignació Washington, EE. UU.
Dr. Munguía, Alonzo Luis San José, Costa Rica
Dr. Vidal, Antonio París, Francia
Dr. Zúñiga, César A. Washington, EE. UU.

SOCIOS FALLECIDOS

Dr. Andino Aguilar, Rubén
Dr. Aguilar, Manuel L.
Dr. Casco, Juan Jesús
Dr. Cervantes, Lorenzo
Dr. Gómez h., Pastor
Dr. Laríos, C. Manuel
Dr. Ochoa Velásquez, José María
Dr. Paz Baraona, Miguel
Dr. Paredes P., Salvador

Dr. Rodríguez, Marco Antonio
Dr. Rosa Domingo
Dr. Moncada, Cornelio
Dr. Morales, Marco Delio
Dr. Matute, Francisco A.
Dr. Rodezno, Virgilio
Dr. Sagastume, Alfredo
Dr. Sánchez U., Francisco

Revista Médica Hondureña

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

• •

Director: Dr.

CARLOS M. CALVEZ

Redactores:

Dr., ANCEL D. VARGAS

Dr.). RAMÓN PEREIRA

Dr. CESAR A. ZUÑICA

Secretario.

Dr. VIRGILIO BANEGAS M.

Administrador:

Dr. MARTIN A. BULNES B.

Año XIX | Tegucigalpa, D. C, Honduras, C. A., Nov. y Dic. 1949 | Nº 145

PAGINA DEL DIRECTOR

El Hospital Clínico

Un paso trascendental ha dado nuestro Gobierno al declarar "Hospital Clínico" de nuestra Facultad de Medicina y Cirugía al Hospital General de esta Capital. Tiempo era ya de llegar a esta importantísima decisión.

Sabido es, que las grandes Universidades autónomas, poseedoras de grandes recursos económicos, dotan a sus Facultades médicas de Hospitales propios; donde pueden regular técnicamente todo el curriculum de su docencia.

Nuestra Universidad, si bien no es autónoma, necesitaba también de dotar a nuestra Facultad de Medicina, de un Hospital con la suficiente independencia, como para poder imponer en su reglamentación interna, un sistema de selecciones que garantice la idoneidad de los médicos que vayan a él a desempeñar su docencia clínica.

De hoy adelante, será pues nuestra Facultad de Medicina, quien decidirá sobre la organización docente de dicha Institución. Por lo cual, su doble cometido de centro de Beneficencia y de dependencia universitaria ganará doblemente; puesto que la idoneidad, de su personal médico, comprobada mediante rigurosas oposiciones, garantizará doblemente la eficiencia de los tratamientos y la eficiencia de su alta función docente.

El paso que se ha dado es pues, enorme. Quedan para lo pasado, los nombramientos al capricho, o los debidos a las recomendaciones acomodaticias. Pues nuestro Gobierno, teniendo en mira sus altos propósitos de dar a nuestra Universidad una organización que la aproxime al tipo de las grandes Universidades modernas, ha visto la necesidad de que nuestra Facultad de Medicina, disponga para sus docencia práctica, de un centro donde las regulaciones de esa docencia puedan ajustarse, sin ninguna cortapisa, al canon y a la técnica de los más avanzados sistemas universitarios.

Con este nuevo sistema, queda abierta toda una carrera universitaria para aquellos jóvenes que hayan nacido con la noble vocación del magisterio. De un alto magisterio, puesto que a él estará encomendado, no solamente la responsabilidad profesional de los que tendrán entre sus manos la vida y la salud de todos los ciudadanos; sino también, el prestigio científico de nuestra Alma Máter; y en definitiva, el prestigio mismo de nuestra Patria. ¡Paso a las corrientes innovadoras; nuestra Universidad está en marcha!

Tratamiento de los Abscesos Apendiculares

Por el Dr. Ángel D. Vargas

Ex-Médico interno y Ex-Jefe de los servicios de mujeres y niños del Hospital de Occidente y Tercer Médico Interno del Hospital General "San Felipe"

A continuación expongo cinco casos de abscesos apendiculares, después de los cuales haré el comentario respectivo.

Caso N° 1.—R. F., de 42 años, diplomático, de origen salvadoreño y avencindado en Tegucigalpa, fue operado a mediados de octubre de 1948 en San Salvador por absceso apendicular, haciendo una incisión McBurney y drenando. Después de ceder el proceso **agudo** le quedó una fístula supurativa, por lo cual el 27 de Dic. de 1948 le hicieron un raspado transformándose pocos días después en fístula fecaloidea. Este paciente se vino a Tegucigalpa y después de un preoperatorio riguroso lo intervine en la Policlínica con la asistencia del Interino Julio Rivera. Se hizo una incisión pararectal y después de disección laboriosa logré separar el ciego de la pared pélvica, a la cual lo unían fuertes adherencias; hice dos jaretas en la perforación cecal, la cual tenía 1 cm. de diámetro.—El trayecto fistuloso no lo toqué, excepto en su boca exterior en donde hice un ligero raspado.—Como post-operatorio se le colocó un aparato de succión de wangensteen y alimentación parenteral única mente por cuatro días, al cabo de los cuales se indicó dieta blanda. Salió curado a los 13 días.

Caso N° 2.—R. I. B., 9 años, nacida y avencindada en Tegucigalpa, ingresó al Hospital General "San Felipe" el 4 de abril de 1949 a curarse de un dolor en la fosa ilíaca derecha, dolor que le apareció hacía 9 días; al principio fue suave pero que no tardó en acentuarse, acompañado de calambres y adormecimientos en miembro inferior derecho, con fiebre seguida de diaforesis, sed intensa y anorexia. A la exploración presenta ligera defensa muscular, abolición del reflejo abdominal inferior derecho; una tumoración no movilizarle, de consistencia dura y del tamaño de una naranja. Pulso 104; P. A. — Mx 82, Mn 54

Examen laboratorial

	4 abril		8 abril
GR	4.250.000	GR	3.750.000
GB	6.950	GB	5.550
N	80%	N	68%
L	8	L	15

E	2	E	4
GM	10	B	10
		GM	10
	5 abril		22 abril
GB	10.150	GR	4.370.000
E	25	GB	5.400
N	77	N	70
L	10	L	18
GM	10	GM	10
		E	2

Diag. Plastrón apendicular.

Trat. Reposo, bolsa de hielo, 200.000 U. penicilina y tres tabl. sulfameracina al día, desapareciendo la tumuración al cabo de dos semanas.—Fue operado por el Dr. Virgilio Banegas el 1º de mayo de 1949, encenrándose con ligeras adherencias, haciéndose la apendicectomía con facilidad.

Post-operatorio.—La temperatura se mantuvo entre 37 y 38V-> durante los cuatro primeros días; se ordenó levantarla a los 3 días, a los 8 días se le quitaron los puntos y se le dio de baja el 8 de mayo de 1949.

Caso N^o 3.—S. R. V., de 8 años, de Goascorán, ingresó al Hospital San Felipe el 5 de Dic. 1949 con un abdomen agudo. Cuenta que hace 5 días le empezó un fuerte dolor en fosa ilíaca derecha con irradiación a todo el abdomen, náuseas, vómitos, anorexia y estreñimiento.

A la exploración se palpa mi abdomen rígido, muy doloroso, principalmente en zona apendicular y región renal derecha, timpanismo y abombamiento de vientre; con temp. de 38.4 v GB 18.300 y 82% neutrófilos.—Se pensó en un absceso apendicular con peritonitis generalizada, disponiendo operaría de urgencia, haciéndose una laparotomía exploradora, y al sólo abrir el peritoneo apareció un pus fétido, en gran cantidad, aspirándolo casi en su totalidad y exploramos un poco para ver el origen de dicha supuración, viendo que alrededor del ciego se encontraban adherencias y falsas membranas, por lo cual depositamos en dicha zona 5 gramos de sulfa y drenamos con tubos-cigarros.

Post-operatorio: Fue tempestuoso, hubo abombamiento del abdomen, dolor, temp. entre 37.4° a 38.6° durante 5 días al cabo de los cuales hizo una deposición y eliminación de gases; se le instituyó dieta de agua y soluciones isotópicas de Clna y glucosa.—Al cuarto día se le ordenó dieta blanda. Al 6º día hubo una brusca elevación de temp. hasta 39°, y oscilando entre 38^o y 39° durante 4 días; con aumento del dolor abdominal, meteorismo y pronunciada anorexia.—Al 5º día se le extrajo los dre'nos, aumentando al parecer la supuración. Al 9º día, ese cuadro cambió y ya hoy diciembre 29 se siente muy bien.—Esta paciente será operada dentro de 10 semanas para extraerle su apéndice.

Caso N^o 4.—H. B., de 26 años, originario de Gracias, av-
cindado en Tegucigalpa, fue internado en el Centro Médico
Hondureño el 15 de Dic. 1949 por quejarse de un fuerte dolor en
hemiabdomen derecho y región lumbar derecha.—A las 7 y 30 p. m.
fui llamado con urgencia a domicilio, contándome el paciente que
como a las 6 p. m., de ese día le empezó un fuerte dolor en el
epigastrio y fosa ilíaca derecha, con náuseas y vómitos, calentura,
cefalea. Que el- propio día y el anterior se tomó dos cervezas, que
tal vez le hicieron daño. A la exploración encuentro un abdomen
rígido, muy doloroso a la derecha del ombligo y en región renal
derecha según se queja el paciente pareciera un cólico nefrítico;
ante tal cuadro y siendo de noche indico se interne en un centro de
Salud, escogiendo el Centro Médico, en donde se le harían exámenes
de laboratorio, cuales fueron:

GR	4.180.000	N 87	Orina = 0
Hb	75%	L 13	
B	13.700	Kahm = 0	
Hematoz	= 0		

Llamo a consulta al Dr., Larios Contreras, quien *ásate* tan confu-
so cuadro se inclinó por una laparotomía exploradora, pensando
siempre en su absceso apendicular.

Se hace laparotomía, y al sólo caer en la cavidad abdominal
aparece pus franco y en abundancia; se explora y se ve que el pus
procede de las inmediaciones del ciego.—Se aspira el pus, se de-
positan 5 gram. sulfa y drenamos con cigarros (penrose).

Post-operatorio: Succión de wangensteen.—Bolsa de hielo,
alimentación parenteral, penicilina y estreptomocina. La evolución
fue magnífica; la temperatura osciló entre 37.4° a 38.2" durante
los 4 primeros días. No hubo distensión abdominal ni mucho dor-
lor. Al 3er. día sé le quitó el aparato de succión, al 7° los drenos
y al II^o día se le dio la baja, indicándole volviera a operarse
del apéndice a los 2H meses después.

Caso N 5.—J. M., de 23 años, de San Marcos de Colón y
avcindado en Comayagüela, ingresó al Hospital San Felipe el
15 de Dic. de 1949 con un abdomen agudo.

Refiere que hace 9 días le empezó un dolor¹ en todo el ab-
domen, en forma de cólico, con calentura, la cual le empezaba con
escalofríos y la sudaba; estreñimiento, por lo cual lo purgaron por
2 veces. Así pasó durante 7 días y al 8^o le dio un dolor tan intenso
que se desmayó. Al día siguiente a este ataque agudo, ingresó al
Hospital en donde soy llamado a consulta, encontrando a la ex-
ploración un abdomen duro, muy doloroso en fosa ilíaca y zona
renal derecha, con recuento blancos de 13.000 y 809; neutrófilos;
temp. 38.4°, haciendo un diagnóstico de absceso apendicular y peri-
tonitis generalizada, por lo cual en unión de los internos Edgardo
Alonzo y Luis Callejas le hicimos laparotomía, corroborando el
diagnóstico pre-operatorio y tratándolo como los dos casos ante-
riores.

Post-operatorio.—No se le puso wangensteen, se indicó penicilina y sulfas, bolsa de hielo, soluciones isotónicas parenteralmente y dieta de agua. Al 3er. día se le empieza alimentación líquida por boca. Temp. de 37.5" a 38.4" durante ocho días; al 1º día se le quitaron drenos. Sale en buen estado el 29 de Dic. 1949 para volver en 2 1/2 meses a hacerse apendicectomía.

COMENTARIOS

1º—Principiaremos exponiendo la evolución que sigue la apendicitis aguda hacia el absceso.

Las formas anatómicas de las apendicitis son: a) Parietal; b) Supurada, c) Gangrenosa.

La apendicitis parietal, considerada clínicamente como apendicitis simple o congestiva puede seguir dos caminos: hacia la resolución o enfriamiento, entrando en el grupo de apendicitis crónicas, o hacia la supuración y gangrena; el cirujano ante un cuadro de apendicitis aguda no sabe cual será su evolución, por lo cual se desprende una conclusión lógica; y es, de que tal paciente debe ser operado tan pronto como las condiciones del mismo lo permitan, estando por tanto dentro de las urgencias quirúrgicas.

Las formas supurada y gangrenosa constituyen clínicamente las formas peritoníticas, ora localizadas, ora generalizadas. A la altura de estos estados, la terapéutica quirúrgica tiene sus obscuridades, pues sabido es que alrededor de este asunto existen las más diversas opiniones.

Los cinco casos expuestos han sido rigurosamente observados, y como se ve difieren, en cierta forma, en el tratamiento post-operatorio. Analicémoslos.

El Caso N^o 1.—es ilustrativo, por cuanto nos enseña una de las complicaciones de los abscesos apendiculares, tratados por abertura y drenaje, complicación que felizmente desapareció en la última operación, cual es la fístula fecal.

El Caso N^o 2, nos demuestra que la paciente con su plastrón apendicular no tenía leucocitosis el día de su ingreso y que a pesar de presentar leucocitosis el 2º día, se siguió un tratamiento conservador, de reposo, dieta y antibióticos, resolviéndose el proceso al cabo de dos semanas. Con este caso y con otros similares de la literatura médica mundial podríamos concluir: que todo paciente con plastrón apendicular debe seguirse una terapéutica conservadora, excepto cuando la evolución del proceso tienda a agravarse, en cuyo caso se hará abertura y drenaje, simplemente.

Los Casos Nos. 3 y 5, nos enseñan: el abuso de los purgantes, el post-operatorio de la niña y el hombre, siendo tempestuoso en ella y calmo en él. Se nota que los niños toleran menos que los adultos los procesos peritoneales.

El Caso N^o 4, me parece ilustrativo porque: a) duda en el diagnóstico, b) semejaba cólico nefrítico, c) rapidez en la formación de absceso y peritonitis generalizada, d) El post-operatorio

fue feliz, notándose que no hubo distensión abdominal por gases ya que tenía colocado el aparato le wangensteen, cuyo uso es soberano en los procesos intestinales.—Este caso hace resaltar el post-operatorio de los casos 3º y 5º; magnífico, bueno y regular respectivamente.

En todos estos casos se hizo una incisión pararectal, depositamos unos 5 gram. de polvo sulfadiazina en el foco supurativo; - en ninguno se hizo apendicectomía, la cual se hará a los 2y₂ o 3 meses después, como tampoco la eritrosedimentación, la cual puede orientarnos en la agravación y regresión del proceso infeccioso; «s ésta la reacción biológica más sensible, la que nos indicará el momento preciso para operar.

CONCLUSIONES:

- 1.—Toda apendicitis aguda debe operarse de urgencia.
- 2.—El absceso apendicular recién formado deberá operarse inmediatamente y procurar hacer la apendicectomía.
- 3.—El pastrón apendicular se tratará conservadoramente.
- 4.—En presencia de :una peritonitis difusa se operará urgentemente.
- 5.—En las cuatro últimas conclusiones se usará el aparato de succión de wangensteen.
- 6.—Cuando la causa del abdomen agudo no sea aparente, deberá hacerse luna laparotomía exploradora.

ANESTESIA ENDOTRAQUEAL

Por el Dr. J. NAPOLEÓN ALCERRO

(Trabajo presentado a la Asociación Médica Hondureña previo a su ingreso a dicha agrupación)

DISTINGUIDOS COMPAÑEROS:

Agradezco sinceramente a todos los que generosamente me favorecieron con su voto, e hicieron posible mi ingreso al seno de esta prestigiada Asociación, satisfaciendo con ello, el deseo vehemente que tenía de pertenecer a vuestro grupo.

No había presentado antes mi solicitud, porque como Médico, no contaba en mi haber con labor meritoria alguna, que me hiciera acreedor a la honra de pertenecer al máximo organismo» de la Medicina de Honduras, la Asociación Médica Hondureña.

Después de siete años de ejercer la medicina, he conseguido el humilde mérito que necesitaba para poder contarme como vuestro compañero. Un acuerdo reciente del Ejecutivo al confiarme la Dirección del Departamento de Anestesia del Hospital General, me ha permitido en poco tiempo, demostrar ampliamente el valor positivo que tiene la Anestesia Moderna, que da, amplio margen, de seguridad al paciente, y seguridad y confianza al Cirujano.

Ejercí la Medicina General por dos años y medio, en una ciudad del centro de la República, y pude darme cuenta, de los grandes beneficios que el Médico presta a la comunidad, razón por la que decidí obtener nuevos conocimientos para poder servir mejor a los pacientes, y tuve la suerte de que se me ofreciera un puesto como Médico Residente en el Hospital de Caridad de Nueva Orleans, La., Estados Unidos de Norte América, para hacer estudios: de especialización en Anestesiología. Como esa rama de la Medicina, estaba en un estado de atraso lamentable en Honduras, por falta de Médicos Anestesiistas, acepté el puesto, y me dediqué con empeño a obtener todos los conocimientos teóricos y prácticos, para poder introducirlos después a mi Patria, y ayudar a los Cirujanos a resolver los casos difíciles.

A mi regreso de los Estados Unidos, me establecí en la Capital, por ser éste el lugar más propicio para ejercer la Anestesia. Ofrecí mis servicios al Hospital General y a los Cirujanos locales, pero la respuesta fue negativa, y sólo unos pocos que conocían la importancia de la especialidad y otros por necesidad, pidieron mi cooperación, quedando según parece, satisfechos, de ella.

El Hospital General ha establecido ya su Departamento de Anestesia, y cuenta con una moderna máquina para gases, pero aún no está completo el instrumental; sin embargo, se espera completarlo pronto. En los cuatro meses que lleva de funcionar esa dependencia, no ha habido una sola muerte por anestesia, en cerca de 400 casos.

Dadas las explicaciones anteriores, y cumpliendo con uno de los requisitos indispensables para ser miembro de esta Asociación, pongo a la consideración de Uds. este sencillo trabajo, que espera sea de alguna utilidad.

ANESTESIA ENDOTRAQUEAL

Desde que se conoce el uso de las drogas narcóticas hasta nuestros días, la Anestesia ha evolucionado y progresado tanto, que ya no se concibe un Hospital por pequeño que sea, que no disponga de un Departamento de Anestesia dirigido por un Médico Anestésista, o por lo menos, por una Enfermera graduada en esta materia, y con larga práctica.

Después del 16 de octubre de 1846, en que el Dr. William T. Morton demostró públicamente en el Hospital Massachusetts de la ciudad de Boston, las propiedades anestésicas del éter, nuevas drogas han sido descubiertas, y nuevos métodos han sido puestos en práctica. A tal grado de perfección ha llegado la Anestesia, y son tan preciados los auxilios que presta a la Cirugía, que en la actualidad se ha individualizado la rama, con el nombre de ANESTESIOLOGÍA.

Uno de los métodos más útiles que se ha logrado introducir, es el de la INTUBACIÓN TRAQUEAL, que después de su uso por primera vez en seres humanos por Kuhn en 1900, ha permitido el completo desarrollo de la CIRUGÍA TORÁCICA. Elsberg comenzó a popularizarlo en 1909, pero fue la guerra de 1914-18, la que permitió su generalización, cuando los Cirujanos Plásticos se dieron cuenta de las ventajas del método para operaciones en la cara.

DEFINICIÓN.—La Anestesia Endotraqueal, es una forma de anestesia general por inhalación, en la que se introduce un tubo especial en la tráquea, ya sea a través de la nariz, la boca, o una abertura laríngea o traqueal, con el objeto de impedir la obstrucción al paso del aire, o gases y vapores anestésicos, y la entrada de líquidos a los bronquios y alveolos pulmonares.

Los tubos traqueales usados al principio por Kuhn, eran de metal y no dejaban de producir lesiones en los tejidos, pero poco a poco se han ido fabricando tubos de materiales suaves de diverso tipo y los metálicos han desaparecido completamente.

FORMAS DE ANESTESIA CON QUE SE USA LA INTUBACIÓN TRAQUEAL

Cualesquiera de los métodos conocidos de anestesia general por inhalación, puede ser usado para practicar la intubación traqueal y mantenerla durante el curso del acto operatorio.

El método abierto Gota a Gota es el más simple y el que requiere menos instrumental; puede usarse, ya sea colocando de nuevo la máscara a la cara del paciente después de la intubación,

o a distancia, por intermedio de un tubo largo de hule, Guando se opera por encima' del cuello.

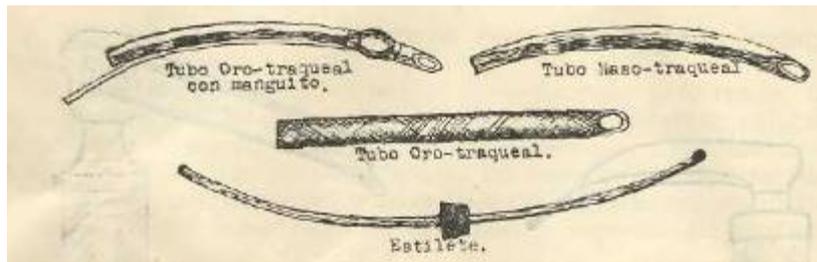
Los Métodos Semi-Abierto, Semi-Cerrado y Cerrado, también pueden usarse en la misma forma que el anterior, colocando la mascara de nuevo sobre la cara del paciente, o a distancia.

En el Método por Insuflación, los vapores anestésicos pasan a la tráquea por intermedio de un catéter delgado que se introduce en la luz del tubo traqueal; un aparato especial de insuflación produce los vapores.

Es posible también practicar la intubación traqueal con anestesia endovenosa con Pentotal Sódico, siempre que se use previamente anestesia tópica de la nariz, faringe y laringe, con solución de cocaína al 10%, o **Butyn** al 4% y **CURARE**, para producir relajación muscular y poder abrir fácilmente la boca del paciente.

INSTRUMENTAL

- 1) Aparatos para anestesia general por inhalación.
- 2) Aparato de Insuflación y Succión con sus aditamentos.
- 3) Laringoscopio con bujía eléctrica.
- 4) Juego de tubos nasales de Magill.
- 5) Juegos de tubos orales.
- 6) Juego de tubos con manguito insuflable en el extremo traqueal.
- 7) Éstilete o guía de metal semirígido o material plástico.
- 8) Piezas metálicas de unión en forma de codo, de embudo o de T.
- 9) Almohada pequeña de unas tres pulgadas de alto.
- 10) Jeringas y agujas hipodérmicas estériles.
- 11) Pinzas especiales de Magill y pinza hemostática-
- 12) Vaselina estéril.
- 13) Rollos de gasa y esparadrapo.



Los tubos orales más duros que los anteriores, son rectos, pero pueden modelarse en cualquier curvatura; sus paredes son de látex, reforzadas con mallas de seda o alambre fino en forma espiral; tienen también la extremidad traqueal biselada, y son de distinto diámetro. Para introducirlos en la traquea es necesario modelarlos con el estilete, que también les da resistencia, y exponer la laringe con el laringoscopio.

Hay otro modelo de tubo oral que tiene un **manguito** de hule distensible cerca del extremo biselado; un tubito de hule fino que corre a lo largo del tubo, sirve para inflar dicho manguito. Una vez se ha hecho la intubación, se infla el manguito por medio de una jeringa estéril de 10 cc. de capacidad, para que las paredes traqueales queden en contacto íntimo con él, y no haya escape de anestésico, ni entrada de líquidos en los bronquios.

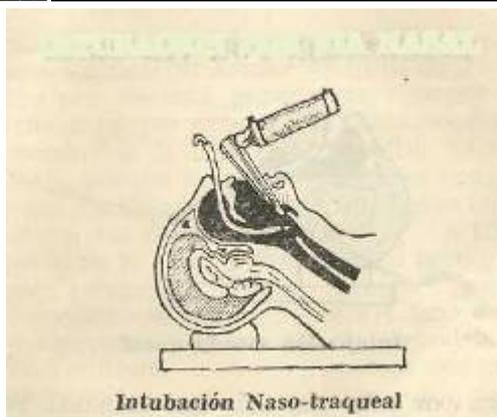
También hay modelos para intubación bronquial, que son más largos y se dirigen a uno u otro bronquio por medio de un estilete especial, que tiene en la punta una articulación móvil, manejable en la extremidad externa.

El estilete o guía, es una varilla de metal semi-rígido o material plástico, que sirve para dar resistencia a los tubos oro-traqueales en el momento de introducirlos; es romo en ambos extremos para evitar lesionar la mano del operador, o los tejidos faringo-laríngeos; tienen además un tope de hule o corcho, móvil en ambas direcciones, para detener el estilete a media pulgada del extremo traqueal del tubo, y evitar que sobrepase la punta del bisel, y lesione los tejidos.

Las piezas de unión, son pequeños tubos metálicos o de material plástico, que sirven para conectar los tubos a los aparatos de anestesia. Tienen diversas formas; acodados, en T y en forma de embudo; tienen distinto diámetro para adaptarse a cualquier tubo. Son cualidades indispensables en ellos, que adapten perfectamente a los tubos, que puedan salir y entrar con facilidad, y que no permitan escape de anestésicos en las uniones entre sí.

TÉCNICA DE LA INTUBACIÓN

La técnica varía según se trate de intubación por vía nasal o por vía oral, pero cualquiera que sea el método a seguir, el Anestesiólogo debe tener a la mano todo el instrumental indicado anteriormente, para no tropezar con dificultades al momento de introducir el tubo.



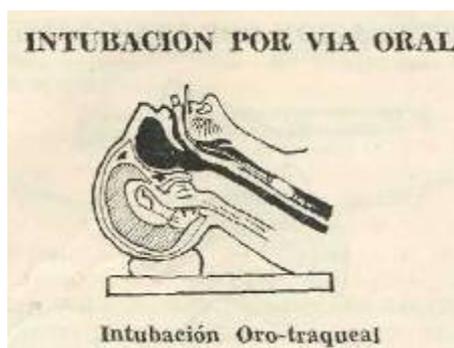
INTUBACIÓN POR VÍA NASAL

Para introducir el tubo por vía nasal, algunos Anestesiólogos prefieren aplicar un poco de anestesia tópica de la

nariz; la generalidad no lo creen conveniente.

Previamente se tiene listo sobre la mesa cubierta por un campo estéril, el laringoscopio, tres tubos nasotraqueales lubricados en la punta con vaselina estéril, piezas de unión de distinta forma, gasa mojada, pinzas especiales de Magill para intubación y tiras de esparadrapo.

Usando el método de anestesia general seleccionado se duerme el paciente completamente, llevándolo hasta el período de apnea si es posible. Se coloca luego una almohada pequeña debajo del occipucio y se escoje el tubo que se cree adaptable a la traquea del paciente; se inserta la punta biselada en la ventana nasal derecha, o en la izquierda si aquella tiene algún defecto, y con la concavidad de la curvatura dirigida hacia abajo y adelante se va introduciendo el tubo poco a poco sin ejercer mucha presión hasta que ha pasado las coanas; se continúa después la introducción teniendo como guía el ruido del aire expirado que pasa por el tubo, hasta la entrada en la tráquea, que se conoce por la sensación de haber vencido una ligera resistencia al pasar por la glotis. La técnica anterior es la ideal a ciegas, pero no siempre es tan fácil, ya que una simple desviación del tabique nasal puede dirigir el tubo a los lados de la glotis. Si no se consigue pasar el tubo del primer intento, se puede intentar dos veces más, antes de usar el laringoscopio para visualizar la laringe e introducirlo viendo la entrada glótica. Una vez introducido el tubo, se fija a la cara del paciente con tiras de esparadrapo; si la operación es por debajo del cuello, se adapta la máscara nuevamente a la cara y se continúa la anestesia en la forma corriente, pero si es necesario que el Anestesiólogo no esté en el campo operatorio porque la operación es en la cara o en la cabeza, se empaca completamente la buco-faringe con gasa mojada, para evitar escape del anestésico, o la introducción de líquidos en los bronquios, y por medio de piezas de unión y tubos de hule, se conecta el tubo a la máquina o máscara anestésica.



La técnica por esta vía, más que la nasal, requiere que el paciente esté completamente dormido y en relajación muscular tal, que la mandíbula caiga espontáneamente para facilitar las manipulaciones con el laringoscopio.

Como en la técnica anterior, se requiere igual instrumental; pero los tubos son distintos y requieren la ayuda del estilete, sin el cual no puede hacerse la intubación.

Se duerme el paciente hasta dejarlo en apnea; se quita la máscara de la cara; se toma el laringoscopio con la mano izquierda y se insinúa la punta de la espátula entre los dientes, cerca de la comisura labial derecha; con dos dedos de la mano derecha, protegidos por un pedazo de gasa se toman los incisivos superiores y se tira hacia arriba el maxilar superior, dando amplitud a la abertura bucal; tratando de apartar la lengua hacia la izquierda, para evitar que ocupe el campo, se introduce poco a poco la espátula del laringoscopio hasta visualizar la epiglotis, se levanta esta con el pico y después se tira del mango hacia adelante y arriba sin hacer apoyo en los dientes superiores, tratando de separar únicamente el maxilar inferior para que la glotis quede ampliamente abierta. Con la mano derecha se toma el tubo que previamente se ha lubricado y modelado con el estilete, y siguiendo el canal de la espátula baja-lengua, se introduce en la tráquea, calculando que penetre unos cuatro o cinco centímetros por debajo de las cuerdas vocales; antes de sacar el laringoscopio, se coloca entre los dientes un rollito de gasa, para evitar que el paciente muerda el tubo y obstruya la respiración; se saca el laringoscopio; se fija la extremidad externa del tubo a la cara con tiras de esparadrapo, y se coloca de nuevo la máscara, o se hacen las conexiones convenientes para retirar la máscara de la cara, si así lo requiere el acto operatorio.

Tal como están descritas las técnicas anteriores, pareciera que la intubación traqueal es fácil, pero en muchos casos, el Anestésista tropieza con dificultades y la introducción del tubo es imposible, y hay que posponer la operación si esta no es de urgencia, & cambiar el método de anestesia por el que sea menos peligroso para el paciente.

Para evitar en lo posible esas dificultades, hay que seguir las instrucciones siguientes: tratar siempre de hacer en LOS NIÑOS, intubación por vía oral, porque casi siempre estos tienen vegetaciones adenoideas que sangran al contacto del tubo; intentar siempre en los adultos de CUELLO CORTO, hacer la intubación nasal A CIEGAS, porque las manipulaciones con el laringoscopio son difíciles y con facilidad se producen lesiones en los tejidos o se aflojan o quiebran los dientes; DORMIR PROFUNDAMENTE al paciente, porque si no lo está, el contacto del tubo o la introducción del laringoscopio producirá espasmo laríngeo, que a veces es difícil y hasta imposible de vencer; SACAR las mucosidades faringolaringeas que impiden visualizar la glotis.

INDICACIONES.

La intubación traqueal está indicada en todos aquellos casos en que se espera una obstrucción al paso del aire, ya sea por la naturaleza de la afección, la técnica operatoria, la posición del paciente, o la presencia de líquidos en las vías aéreas.

- 1) Operaciones en la cabeza, cara, cavidades nasal y bucal y cuello.
- 2) Operaciones en la cavidad torácica.
- 3) Operaciones en la espalda en que hay que acostar al paciente boca abajo.
- 4) Operaciones de larga duración en las regiones altas del abdomen (Gastrectomías, Colectomías), que requieren una calma abdominal completa.
- 5) En los adultos obesos de cuello corto, que se obstruyen con facilidad.

CONTRAINDICACIONES

No se conocen contraindicaciones para la intubación traqueal; por el contrario, su uso ha venido a facilitar la anestesia, y en especial, la cirugía. Pero el hecho de que sea tan útil, no autoriza al Anestesiólogo al abuso de su práctica, y debe usar el método en los casos en que es estrictamente necesario, para evitar posibles molestias nasales o laríngeas que pueden presentarse¹.

PROGRESOS OBTENIDOS EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

Los progresos logrados se refieren especialmente al instrumental, pues las técnicas no han variado y sólo se ha introducido «1 método intrabronquial, usado en cirugía pulmonar, y que consiste en la introducción de un tubo especial, más largo que los ordinarios y guiado por un estilete también especial, al bronquio grueso del lado opuesto al pulmón que se va a operar.

Nuevos tipos de laringoscopio y tubos, se han fabricado, y hay que hacer mención especial de un Gabinete Moderno, que contiene todo el instrumental necesario para la intubación *en* niños de cualquier edad.

ESTADÍSTICA PERSONAL

En cuatro años y medio de práctica en anestesia he hecho 410 intubaciones por vía nasal y oral, de la cuales 339 fueron practicadas en el Hospital de Caridad de Nueva Orleans, y 71 em Honduras. En todas esas intubaciones y las que he observado, apenas si hay que mencionar ligeros trastornos laríngeos, sufridos por algunos pacientes después de la intubación, pero sí, ha habido muchos casos difíciles, en algunos de los cuales no se ha conseguido-la! intubación, y en otros se ha necesitado una hora y más para lograrlo, después de muchos intentos.

De los 71 pacientes a quienes se les ha practicado intubación en Honduras, sólo una niña de 17 meses, a quien se le extirpó un tumor del cuello, sufrió ligeras molestias laríngeas que duraron tres días pero no pusieron en peligro la vida de la pequeña paciente; los otros casos no presentaron ningún trastorno.

CONCLUSIONES '

- 1) La anestesia endotraqueal, es uno de los progresos más útiles obtenidos por la Anestesiología.
- 2) Su uso ha permitido que la CIRUGÍA TORÁCICA, haya llegado al estado actual de desarrollo en que se' encuentra.
- 3) Su aplicación da al paciente ¡un margen de seguridad, no alcanzado por ningún otro método de anestesia,
- 4) Permite al Cirujano trabajar tranquilamente, porque le presta seguridad y comodidad.
- 5) Los beneficios que presta el método, contrastan con las mínimas molestias que produce al paciente.
- 6) Puede practicarse con cualquier forma de anestesia general por inhalación.
- 7) La intubación debe ser practicada únicamente por un Médico Anestésista, o una Enfermera Graduada que esté familiarizada con el Método.

II Jornadas Reumatológicas del Norte

Agosto de 1949, Tucumán — Rep. Argentina.—COMITÉ EJECUTIVO: Dr. Guido Costa Bertani Presidente, Dr. Miguel A. Correa Vice-Presidente, Dr. Lidio G. Mosca Vice-Presidente. ^-COMITÉ ORGANIZADOR: Dr. Samuel Spindler Secretario General, Dr. Julio Méndez Valladares Tesorero, Dr. Nalla Salim Delegado Ministerio Salud Pública, Dr. Julio César Ramos Delegado Colegio Médico, Dr. Alberto Budan Vocal.

El día 16 de Agosto de 1949, a las 19 horas, se realizó la Sesión de Clausura de las II Jornadas Reumatológicas del Norte, brillantemente desarrolladas en la ciudad de Tucumán, entre los días 12 y 17 de Agosto.

Luego de la lectura y discusión de setenta trabajos de autores argentinos, bolivianos, chilenos, españoles, ingleses y franceses, se procedió a discutir los votos presentados, aprobándose los si-

1)— Las II JORNADAS REUMATOLÓGICAS DEL NORTE, solicitan a los Poderes Públicos, consideren a la Enfermedad Reumática (de Bouillaud) como enfermedad social, arbitrando los medios para la Lucha Antirreumática intensiva, enfocando el problema en sus aspectos preventivos, curativos y de orientación y readaptación profesional.

2)—Las II JORNADAS REUMATOLÓGICAS DEL NORTE dan un voto de aplauso y reconocimiento al Dr. Guido Costa Bertani, por su obra reumatológica en el país y por su acción en bien del conocimiento de estas afecciones.

Otorga también un voto de aplauso al Comité Organizador de Tucumán.

3)—Es un anhelo de las II JORNADAS REUMATOLÓGICAS DE TUCUMÁN, que el Gobierno de la provincia de Tucumán, se ocupe de aprovechar en forma racional las riquezas hidrológicas, termales y climáticas, que posee la provincia.

4)—Que las enfermedades Reumáticas sean consideradas como un problema social de primera magnitud.

5)—Dar un voto de aplauso por la labor extraordinaria del estudio de las aguas minerales argentinas, que viene realizando la Comisión Organizadora de Climatología y Aguas Minerales y al Dr. Manuel Castillo, Secretario y miembro informante de las Aplicaciones Terapéuticas de la mencionada Comisión, por su importante contribución a dicha obra. De la misma manera se propone que sean estimulados en todos sus aspectos, los trabajos hidrológicos y crenológicos en todo el país.

La Asamblea dispone designar a la ciudad de Salta, como sede de las III JORNADAS REUMATOLÓGICAS DEL NORTE

*Discurso Pronunciado a Nombre de la Directiva de la
Asociación Médica Hondureña por el Doctor Juan
Montoya Alvares en la Celebración del Día
Panamericano del Médico*

Estimados colegas:

Es para mí gratísimo compromiso, ofrecer en nombre de vuestros directivos un afectuoso y cordial saludo en el día Panamericano del Médico, cuya celebración iniciamos esta tarde.

Recordarán Uds. que la celebración de este día ha sido recomendada por la Confederación Médica Panamericana, quien además acordó en el Primer Congreso celebrado *en la Habana* en el año de 1947 y en la que nos representaron nuestros estimados consocios Doctores Manuel Cáceres Vijil, Antonio Vidal Mayorga y J. Ramón Pereira, que se considerará el día 3 de Diciembre como el día Panamericano del Médico.

La Asociación Médica Hondureña, se encuentra por segunda vez de fiesta; el año pasado y por moción de nuestro entonces presidente Doctor José Gómez Márquez, acordó la Asamblea considerar como tal celebración la primera sesión del mes de Diciembre en la que nuestro consocio Dr. Carlos M. Gálvez nos dio una charla sobre diversos aspectos de la Pediatría en varios países de la América del Sur.

Este año y ya con carácter más formal lo estamos celebrando con esta sesión científica y el paseo proyectado para mañana al Hospital Psiquiátrico "ALCERRO CASTRO".

En estas frecuentes y amenas reuniones trabajamos por la realización de un ideal común de humanidad: La Salud, y en ellas, se evidencia además que existen felizmente entre nosotros, lazos de fraternidad íntimos, nacidos y mantenidos por sentimientos de recíproca admiración y de profunda, simpatía.

y fijando la fecha de las mismas en la primera quincena del mes de Agosto de 1951.

Quedó constituido el Comité Organizador de las III JORNADAS REUMATOLOGICAS DEL NORTE, en la siguiente forma:

Vice-Presidente	Presidente:
Dr. Néstor Arias Figueroa	Dr. Guido Costa Bertani.
Secretario:	Vice-Presidente:
Dr. Rafael Quesada.	Dr. Rodolfo Rey Sumay.
Tesorero: Dr. Juan Cuatrecasas.	

Inspirados en idénticos propósitos y con el deseo y voluntad de dar salud, luchando intensamente contra el mal (la enfermedad), el gremio médico no vacila en dar todas sus energías físicas y mentales, y es así, el porqué, en lugar de tomar nuestro reposo, después de las faenas del día preferimos a pesar de cualquier fatiga, reunimos con nuestros compañeros, para consultar nuestros problemas, u oír los de ellos, y cada día, cada hora o cada minuto en que aprendemos algo nuevo que beneficie a la humanidad, nos sentimos más felices. Sin embargo, los problemas médicos a resolver, en su sentido etimológico, son tan extraordinariamente numerosos e intrincados que cuando sobre ellos meditamos, difícil se hace escapar al espíritu de una aguda sensación de pequeñez e insignificancia, que: parafrasando a Saint Hilaire, podríamos repetir: "Delante de nosotros está siempre el infinito".

Valoramos sin duda, los progresos portentosos conseguidos en el diagnóstico y pronóstico de los estados y enfermedades, vivimos la era maravillosa de la física, la química y la biología aplicadas a la terapéutica, nos oprovechamos de las técnicas operatorias más perfectas y de los instrumentos más ingeniosos. o

Sin embargo nada hay, por desventura terminado en nuestra esfera de acción, cuyo lento andar en el tiempo, comparado al progreso de las ciencias de las cosas inanimadas, ha sido juzgado por Carrel como: "uno de los acontecimientos más trágicos de la historia".

Nuestra órbita de actividades es cada vez más vasta. Los enigmas de la procreación; el arcano de la herencia y de la constitución; las inmensas lagunas existentes en el conocimiento de la mujer sana; los complejísimos fenómenos aún no dilucidados de tantas afecciones femeninas y los medios operatorios y no operatorios de combatirlas; los aspectos morales, jurídicos, sociales, económicos, demográficos, eugénicos, educacionales, etc. que de la medicina constituyen infinidad de provenías contemporáneas, por esto podemos decir con el gran Cajal, "que en asuntos: médicos no hay cuestiones agotadas sino hombres agotados en estas cuestiones".

Tal la misión del Gremio Médico que hoy celebra su día, y en el cumplimiento de éstos deberes no siempre se cosechan triunfos, y cuando los hay generalmente son atribuidos a la providencia divina; pero muchos sí son los disgustos, desilusiones, agravios y hasta ofensas que recibís cuando en el desempeño de tus funciones tratas de hacer el bien, y tienes que disimular o permanecer indiferente ante las injusticias de tus semejantes por quienes te sacrificas.

Para terminar, permítanme estimados compañeros hacer votos por la salud y bienestar de cada uno de Uds., de vuestras familias y vuestros clientes.

Muchas gracias

Tegucigalpa, D. C. 3 de Diciembre de 1949

LAS ESQUIZOFRENIAS

*Conferencia presentada en la sesión ordinaria de
diciembre de 1949, de la Asociación
Médica Hondureña*

Dr. R. Alcerro Castro

Jefe del Departamento de Neuropsiquiatría del Hospital General de Tegucigalpa D. C.

El concepto de enfermedad en Psiquiatría es diferente del de enfermedad en medicina interna. En esta se cuenta con etiologías más o menos bien establecidas; la lesión anatómica forma otro pivote sobre el que asentar el concepto, y sirve al mismo tiempo para una limitación de la enfermedad en el tiempo. Este soporte anatómico falta en psiquiatría en muchos casos y se ha recurrido para la formación de cuadros sindrómicos al criterio de curso. Al repasar la historia de la evolución de las entidades clínicas en medicina general y psiquiatría se ve la diferencia del proceso histórico en ambos casos. En la primera son el resultado de la subdivisión, del desmembramiento de grandes grupos; mientras, que en la segunda hay una sucesión de separaciones y reagrupaciones. López Ibor hace notar como Willis en 1674 usaba un criterio evolutivo y pronóstico con respecto a la "estupidez gruñona" de los jóvenes a quienes en la adolescencia sobrecogía una como parálisis psíquica; como esa idea se pierde en Pinel, quien se atiene a lo puramente descripto; como Esquirol vuelve a poner en vigencia esa idea evolutiva; como Baillarger por el criterio de curso describe la locura de doble forma que en Kraepelin se convierte en la locura maníaco depresiva.

En la esquizofrenia, de que hoy nos ocuparemos, este ir y venir del grupo a las partes y viceversa se nota claramente. Morel describía la demencia o estupidez juvenil que estaba caracterizada por una estupidez sobre todo afectiva, que se presentaba en enfermos jóvenes y que tenía un origen endógeno hereditario, Placiéndola derivar del tronco de la degeneración. Kahlbaum inicia un intento de aislar entidades morbosas psiquiátricas basadas en la (unidad de etiología, de curso y de terminación y señala la importancia del estudio somático de las psicosis. Trataba de aproximar el concepto de enfermedad en medicina interna y psiquiatría; un proceso que debía regirse por leyes intrínsecas, una especie morbosas como las especies del sistema de Linneo, con una ordenación nosológica exacta y sin formas de tránsito, Kahlbaum y Hecker describieron la catatonía y la hebefrenia, y Kraepelin desarrollando más que sus predecesores la idea de enfermedad en la forma antes expuesta nos dio la famosa clasificación psiquiátrica. El agrupó en 1893 bajo la denominación de demencia pre-

coz, la idiocia adquirida de Esquirol, la demencia juvenil de Moréis y la catatonía y hebefrenía de Kahlbaum y Hecker.

Pero Kraepelin no avanzó en el estudio psicopatológico de sus enfermos, López Ibor cree que ello se debe al estar sus cuadros clínicos embebidos en la psicología de su maestro Wundt; su psicopatología era de resultados finales y *no* se cuidaba de los caminos internos por los que se llegaba a los mismos.—Freud, en uno de sus primeros trabajos trató de la aplicación del psicoanálisis a un delirio paranoico y aunque él mismo no continuara sus investigaciones sobre análisis y psicosis, dejó señalado el camino. A través de esta aproximación se hizo posible el estudio de Bleuler de la demencia precoz y el establecimiento del concepto de "esquizofrenia". Este concepto trae una agrupación, es mucho más amplio que, el de demencia precoz; no se basa en el curso sino en la psicopatología y busca un trastorno fundamental común. En la nueva tarea de la investigación psicopatológica se empenó especialmente la escuela de Heidelberg. Se trata de establecer síntomas primarios y secundarios; los primeros no son deductibles psicológicamente, no son comprensibles; Bleuler los llama fisiógenos. Los segundos son psicológicamente comprensibles, son psicógenos para Bleuler. Los primeros están en relación con, la causa de la enfermedad; los segundos con la reacción de la personalidad. Para Kurt Scheider los síntomas primarios no tiene sentido casual, sino de más característicos. Se ha intentado encontrar un trastorno primario y Berze habla de una hipertonia de la conciencia y Grühle de un trastorno de la actividad del yo; al paso que Cari Schneider vuelve a pensar que la esquizofrenia no es un trastorno único sino que en su base hay tres complejos sindrómicos. El automatismo mental de Clerambault coincide en mucho con los trastornos primarios de Kurt Schneider. Y como al lado de esos trastornos primarios, nucleares, surgen otros secundarios vuélvese a pensar que la Esquizofrenia no es una enfermedad única, sino un grupo de enfermedades con una forma nuclear (demencia precoz) y estados esquizofreniformes. Unas serían de curso continuo y progresivo (las esquizocárías de Mauz) y otras serían fásicas, relacionándose estas últimas con las psicosis maníaco depresivas, entre las que se incluían antes. Por eso Bleuler hablaba de "las esquizofrenias" en plural.

Independientemente de esta diferencia nosológica habíamos ya mencionado que hay dificultades intrínsecas en la limitación del concepto de enfermedad en psiquiatría. Es que se considera que la enfermedad es una categoría sólo aplicable a la biológico. Los espiritualistas dicen que el espíritu no puede enfermar, y para los materialistas no podría haber enfermedades psíquicas por ser lo psíquico un epifenómeno de lo orgánico. Por todo al encontrarse con síntomas únicamente psíquicas hay que contentarse con soluciones provisionales y tratar de encontrar entre las anomalías psíquicas, criterios que hagan permisible la clasificación de algunas de ellas como patológicas. López Ibor cree que hay una exageración al poner el problema sólo en lo psíquico, porque el cuerpo tam-

poco enferma; "lo que enferma siempre es el hombre y todo el complejo de sus manifestaciones". La enfermedad, dice, es un ente abstracto, un "eidos platónico"; —No se puede definir en medicina somática prescindiendo de la idea de valor; cree que "no hay posibilidad de una definición puramente natural de la enfermedad", es decir conforme a los cánones de la ciencia natural. Y cree que la razón es que el hombre es algo más que un ser exclusivamente natural.

La falla del principio de unidad y distinción nosológica hace pensar a Hoche en "formas de reacción", para substituir a las "enfermedades", ésto es las formas patológicas unitarias. Hoche dice que el espíritu no flota sobre las aguas, sino que se halla unido al soma de! alguna manera. Pero el hablar de localización psíquicas cerebrales es muy difícil; a veces habría que pensar en que para una función la localización es en todo el cerebro. Nuestra mente no es capaz de separar por ejemplo, el sentimiento de la voluntad y, cómo podría entonces buscarse su correlato anatómico? Con la teoría de las formas de reacción se piensa que en el organismo hay ya preformados dispositivos reaccionales que al dispararse aparecen como acoplamientos sintomáticos.

Como esos acoplamientos sintomáticos se¹ repiten en diferentes circunstancias (en acentuaciones de reacciones patológicas o en procesos orgánicos) puede pensarse que las enfermedades psíquicas constituyen la manifestación de esos complejos preformados. Kraepelin que al principio fue enemigo de estas ideas aceptó en sus últimos años la teoría de las formas de reacción y expresó que las causas externas de la locura sólo ejercen un influjo general y director sobre la plastia del cuadro clínico. Bumke sostiene también las ideas de Hoche y Adolfo Mayer clasifican los enfermos mentales según los tipos de reacción.

La palabra reacción tiene diversas aplicaciones en psiquiatría. Aparte del concepto general expresado de que las enfermedades psiquiátricas no son más que formas de reacción por las que el organismo manifiesta los dispositivos preformados se habla de: A) reacciones biológicas, por las que se entiende las respuestas cerebrales frente a noxas externas o internas. Bumke se refiere en sentido biológico a la reacción esquizofrénica pero limitándose a la capacidad de respuesta en forma esquizofrénica, y Popper para el tipo de reacción esquizofrénica se limita a la determinación endógena. B) la Reacción Psicológica, que se manifiesta como: 1) reacción de contraste, cuando a un estado psicótico se sucede inmediatamente uno opuesto; 2) como Reacción causal o anomalía reactiva cuando se presentan desviaciones engendradas por vivencias; con determinación etiológica, clínica, pronóstica y terapéutica. 3) Reacción Comprensible, cuando se exige que la relación entre el contenido de la vivencia y de la reacción sea comprensible y que desaparezca al desaparecer el motivo. Puede ser adecuada e inadecuada y lo último tanto cuantitativa como cualitativamente; y en este último sentido sea por su forma o por su contenido. 4) Reacción Intermitente, en la que la vivencia perma-

nece en el fondo de la vida psíquica y aparece de vez en cuando. C) Reacción Cristalizada: intermedia entre la biológica y la psíquica. Es aparentemente desencadenada por motivos exteriores pero luego sigue un curso independiente. D) Reacción de Fondo o de segundo plano, también intermedia entre la psicológica y la biológica, desarrollada sobre una personalidad biológicamente independiente.

Y para terminar estos conceptos sobre enfermedad en psiquiatría, digamos que al presente esos grupos nosológicos sirven propiamente como tipos clínicos que permiten hacer pronósticos y señalar terapéuticas. Para esclarecer los problemas de estos cuadros clínicos se hace uso del análisis estructural de Birbaum o del diagnóstico polidimensional de Kretschmer. El primero hace una diferenciación entre factores patogénicos y patoplásticos y el segundo valora la constitución física, la psíquica, la edad y otros radicales biológicos. Ambos son aplicables sobre todo a las psicosis exógenas.

Más efectivo considera López Ibor dirigir la mirada hacia la combinación entre tipos clínicos y diagnóstico personal; los primeros para la ordenación del material y el segundo la penetración del caso personal.— El diagnóstico personal presta importancia a la enfermedad (al cuadro clínico) como acontecimiento en la vida del enfermo; es la consideración de la vida del enfermo la que permite valorar el episodio; se trata de una localización cronógena en el sentido de describir la manifestación clínica como integrante de una biografía.

Friedman dice que se trata de analizar la línea melódica de una vida humana en la que la enfermedad fuera el contrapunto. La enfermedad sería "vox principalis" y la vida corriente sana la "vox organalis", (visto todo lo último desde el punto de vista médico.)

Llegamos pues a la conveniencia de considerar el tipo clínico de las psicosis esquizofrénicas, sean estas consideradas como "enfermedad, forma de reacción; como debidas a la influencia de la herencia o provadas por un patologismo adquirido, o siendo de naturaleza psicológica, funcional; o considerándose dividida en procesual o sintomática, o mostrando la presencia de RUS síntomas en toda psicosis y psicopatía". Aceptamos el amplio criterio de Bleuler al considerar que lo que las caracteriza es la escisión de la vida psíquica manifiesta en el autismo, la ambivalencia y la disgregación asociativa. Considerada así llega a formar como el 50% de la población de los hospitales psiquiátricos. En Alemania un 30% de los ingresos maniacomiales y un 50% de la población total atendida en clínicas y manicomios (Bumke). Según este autor 8.5 de cada mil personas son esquizofrénicas o, están expuestas a serlo. Las estadísticas de Alemania en 1946 indicaban un total de 74,600 pacientes diagnosticados como esquizofrénicos en clínicas y hospitales; y hay que recordar los que viven fuera de los establecimientos mencionados. En Estados Unidos se estima que cada

año se inician unos 40.000 casos. La mortalidad de los esquizofrénicos es tres veces mayor que en el promedio de la población.

ETIOPATOGENIA.—El comienzo manifiesto de las esquizofrenias se verifica entre los 18 y los 30 años en la mayoría de los casos. De los 25 a los 30 años la frecuencia de iniciación llega al máximo y de allí desciende rápidamente en los hombres y más lentamente en las mujeres. Algunos casos se inician de una manera precocísima, a los doce años o cerca de ellos. Es raro que aparezca primariamente después de los cincuenta años.. Bumke hace notar que los internamientos por esquizofrenia son más frecuentes según las curvas estadísticas de las clínicas de Heidelberg y Munich, en ciertas épocas del año; creen que ello no se debe a motivos económicos o de* otro tipo social, sino quizá a causas físicas no determinadas todavía.

El papel de la herencia es valorado de manera diferente por los diversos autores. El hecho de tratarse de un grupo todavía provisional, con esquizofrenias nucleares y secundarias, o fisógenas y psicógenas, etc., ya lo explica en parte. Del 50 al 60% de los esquizofrenios dan historia familiar de desórdenes mentales. Bumke después de exponer los problemas del curso hereditario de las esquizofrenias hace .notar que la atención se ha desplazado hacia el heredopróstico empírico, que estudia el peligro real que amenaza a los familiares de los esquizofrénicos. Dice: "de los hijos de padres esquizofrénicos enferman de esquizofrenia, según Schultz, el 41%. Si uno de los padres está enfermo, entonces según Luxemburger, un 16.4% resultan psicópatas esquizoides; de los nietos enferman de esquizofrenia un 3% y de esquiuzoidia un 13.8%; de los sobrinos y sobrinas un 1.8% y un 5.1% respectivamente; de los primos y primas un 1.8% y un 10.2% y de los hijos de sobrino y sobrina un 1.6% y un 1.9%. En cuanto a los familiares reptantes la probabilidad de enfermar de esquizofrenia o de esquizoidia es según M. Bleuler la siguiente: para los padres 5-6% (en su caso 16.5%); para los hermanos 10.12\$ (en su caso 9.7%); para los tíos y tías 2.1% (o 4.2% respectivamente), para los primos y primas 1 9% (o en su caso 1.5%), para los abuelos 1.1% (o en su caso 4.5%); mientras que la probabilidad de enfermar de la población media es de 0.85% o en su caso 2.9%.

Se presentan a veces predisposiciones mixtas con coincidencia de factores que corresponden al círculo timopático y al esquizofrénico. Un 12% de los maníaco depresivos tiene hijos esquizofrénicos. Los esquizofrénicos no tendrían hijos maníacos depresivos a menos de tener razgos timopáticos con les esquizofrénicos. En el estado actual de nuestro conocimiento se supone que la psicosis maníaco depresiva se hereda pura o deminantemente, y la esquizíofrenia se supone que se trastime recesivamente. Los hijos esquizofrénicos de padres maníacos depresivos no lo serían en mayor número que en el promedio de la población.

Los autores estaunidenses con frecuencia se limitan citar las cifras de los tentones. Es evidente que no ponen mucho énfase

sis en la cuestión herencia. Hoskins en su monografía La Biología de la Esquizofrenia dice: "del antiguo debate sobre la potencia relativa de natura y crianza en la causalidad de la esquizofrenia se dirá poco. Que potencia deba adscribirse a la tara hereditaria queda todavía como un punto en disputa". Sadler dice que la tendencia hacia este desorden es en parte innata y en parte adquirida. Pollock, Malzber y Fuller después de estudios hechos en hospitales psiquiátricos en Nueva York, llegan a creer que la esquizofrenia se presenta *cari* más frecuencia en familias taradas.

Problema de gran relieve es de la base orgánica, psicológica o mixta de las esquizofrenias. De su cualidad psicológica o Freud se trata de un conflicto entre él yo y la realidad; aquel funcional han sido partidarios Jung y sus discípulos. Para pierde sus redaciones con ésta y satisface al ello. Jung habla de regresión de la libido a la face autocrática; en ésta son las imágenes que preceden del inconsciente arcaico las que predominan. Bleuler en una interpretación psicológica y refiriéndose a los trastornos del pensamiento habla de la interceptación de las vías anatómicas-A ésta contradicción se ha referido Bumke.

Otros consideran que se trata de una desorganización de la personalidad; de un tipo inferior de reacción psicobiológica (Noyes) : "el esquizofrénico trata con el mundo de una manera muy torcida y simbolizada; la forma del torcimiento y de los símbolos están determinados por la naturaleza de su conflicto interino". También se ha dicho para explicar la patogenia psicológica de la esquizofrenia que se trataría de un trastorno de la función de autoconducción en el sentido de orientación y aplicación de las funciones psíquicas a fines pragmáticos; o una enfermedad de los instintos; o la pérdida; del contacto vital y del sentimiento de armonía con la vida; o una suspensión funcional del espíritu; o un desorden del sentimiento de autoestima; o, la falta de coordinación intelectual y afectiva.

Sullivan considera que en el grupo de las esquizofrenias existe por una parte un síndrome orgánico degenerativo de desarrollo insidioso, de mal preóstico *final* y, para el cual sigue usando la denominación de demencia precoz, y por otra parte, un desorden del vivir y no del sustrato orgánico. Dice "el sujeto se hace esquizofrénico como un episodio en su carrera" entre otros, por razones de situación, más o menos bruscamente". Fromn Reichman cree que el origen de la esquizofrenia está en traumatismos psicológicos infantiles precoces, anteriores a los que se observan en los neuróticos.

Las teorías organicistas sen de gran fureza sobre todo fuera del círculo anglo sajón. Dice Bumke, el profesor de Psiquiatría de Munich "estoy convencido que todas las tentativas de interpretación psicológicas de la esquizofrenia cesarán *en* el mismo momento en que hayamos dado con los fundamentos corporales de esta enfermedad".—Cree que aunque no se tiene, conocimiento de su anatomía patológica ni su quimismo ya hay datos que hacen

esperar una demostración ulterior y considera que los síntomas tanto corporales como psíquicos señalan al origen orgánico o tóxico.

Kleist cree en una psicodegeneración hereditaria y se refiere a las Localizaciones anatómicas de las funciones psíquicas alteradas.

La relación entre trauma craneal y esquizofrenia que algunos sostienen es negada por otros. Bumke no ha visto ninguna esquizofrenia en las clínicas para heridos de cráneo de Rostock y Breslau. El papel de la sífilis, de la tuberculosis, del embarazo, el puerperio, etc. no es tampoco de una relación directa. Los estudios sobre la anatomía patológica de la encefalitis epidémica sobre los que se esperaba mucho no han ilustrado gran cosa. Hay una relación entre síntomas catatónicos y estavados, sin aclararse todavía lo que ello signifique. Otras hipótesis especulan sobre lesiones de las glándulas sexuales; sobre aminas tóxicas; de la pérdida de la dialización selectiva, ectomesodérmica con trastornos? de la relación entre hormonas y calonas; sobre lesiones metatuberculosas; sobre hipofunción suprarrenal; sobre una insuficiente reactividad del sistema nervioso simpático. Se han producido síntomas catatónicos con el uso de varios tóxicos, hormonas. Se podría pensar con aquellos que suponen una forma general de reacción de forma esquizofrénica preexistente en todas o algunas personas.

Entre la investigación somatogénica mucho se ha hecho sobre estudios de metabolismo. Bumke ha expuesto la existencia de un trastorno asténico del metabolismo con un comportamiento distinto de los pícnicos. El metabolismo asténico se presenta en los leptosómicos y en un 65% de las esquizofrenias. En la mayoría de los esquizofrénicos hay una hipoglicemia por excesiva asimilación hepática del azúcar, aunque no se tiene conocimiento cabal, de las causas del trastorno. Proctor ha encontrado una disminución de la tolerancia para la glucosa con tendencia a la normalización después de la curación de la esquizofrenia. En los estupores y agitaciones recidivantes Greving ha encontrado una acumulación de albúmina en el hígado.

Como Proctor con respecto a la tolerancia para la glucosa, Greving da valor pronostica a la remisión de los procesos metabólicos nitrogenados. Otros autores han notado que el curso es más desfavorable cuanto más difícilmente se vacía el depósito de albúmina del hígado. Hoskins expone que en las varias funciones metabólicas la variabilidad media en los esquizofrénicos va de como, 1.5 a 2 veces más que en las personas normales de edades similares. Una, excepción sería el caso del colesterol sanguíneo. Otros investigadores del Worcester Estate Hospital han encontrado una hiporeactividad fisiológica en el metabolismo general, observando: 1º, una respuesta disminuida a la administración de tiroides; 2º, una respuesta térmica reducida al dinitrofenol, un estimulante oxidativo general; 3º, una respuesta disminuida de la presión sanguínea, el pulso y el volumen respiratorio como resultado del bloqueo de la pérdida de calor por los pulmones mediante la respiración de

oxígeno caliente y húmedo; 5^o, disminución de la cuantía y duración del nistagmo como resultado de la estimulación vestibular, y considerablemente menos oscilación después de la rotación que en los sujetos normales, y 6^o, resistencia a la insulina.

Hemos mencionado ya las teorías mixtas somatopsíquicas. Mayer cree en un proceso orgánico que predispone a la reacción esquizofrénica por motivos psicógenos. Bleuler se refiere a síntomas fisiógenos y psicógenos. Kretschmer ha estudiado ampliamente la constitución psicofísica. La constitución pícnica da lugar a la psicosis maníaco depresiva y las constituciones asténica, atlética o displásica se relacionan con las esquizofrenias. Aunque así sea, en la mayor parte de los casos, se observa con frecuencia psicosis esquizofrénicas en pínicos no esquizotímicos ni esquizoides. Parece que ésto es así para las forma que pueden considerarse como reactivas. Para las catástrofes esquizofrénicas de Matiz hay un predominio de constituciones no pínicas.

Como se ve en los problemas no son pocos en la constitución de este gran tipo clínico que hoy nos ocupa. Por eso habrá que recurrir al diagnóstico personal ya citado. Mira mostrándose partidario del diagnóstico polidimensional cree que habrá que llegar a descripciones o calificativos a posterior que expresen el resultado de la investigación individual. Por ejemplo: podrá llegarse a calificativos como: "Psicosis metatuberculosa de tipo paranoide", "distimia enterotóxica con complejo de castración exacerbado", "ectopatía distirógeno gliotóxica", "psicosis hipoparatiroidea con delirio desiderativo por resentimiento", etc.

PERSONALIDAD PREPSICOTICA Y PRÓDROMOS DE LA ESQUIZOFRENIA

Con frecuencia la anamnesis descubre que en los enfermos esquizofrénicos antes de su enfermedad y como característicos de su personalidad existían algunos matices que les hacían diferentes de los demás. Esas características serían para algunos observadores las del psicópata esquizoide. Otras niegan la psicopatía esquizoide en los antecedentes de los pacientes. En la estadística de Bleuler una tercera parte de los esquizofrénicos eran esquizoides; y en los futuros esquizofrénicos la mencionada psicopatía era dos veces más frecuentes que en sus progenitores; triple que entre sus hermanos, de siete a veinte veces más frecuente que entre sus allegados y muchos más de cincuenta veces más que en el promedio de población. En la personalidad prepsicótica notaremos a veces una inmadurez de la personalidad, un defecto en el modo de afrontar los problemas de vida, una inclinación a evadir la lucha, a reaccionar ante las dificultades con una sensibilidad exagerada. Se trata de individuos huraños, introvertidos, con tendencia al autismo, extravagantes, soñadores, indeseados, exitados, tercos, desconfiados, fríos, tiránicos, escrupulosos, pedantes, misántropos, reservados, obstinados, caprichosos. Predominan las natu-

ralezas serias, silenciosas, ambiciosas, susceptibles y las delicadas y angustiosas. No olvidemos que ésto es así solamente en algo más de la mitad de los casos; otras veces el esquizofrénico ha sido normal antes de su psicosis.

El comportamiento escolar es ya muchas veces diferente del niño normal, son frecuentes los "niños modelo" con su aplicación, corrección, inteligencia; o los "santos que no dan que hacer ni en la casa ni en la escuela". Probablemente se transformen en escrupulosos y fríos. Lo que ya van mostrando en la frialdad de los afectos. En otros predomina el asimismo; se retraen de los hermanos, de los compañeros de estudio, de reuniones de amigos. Son solitarios perezosos, tercos; -otros son impulsivos, coléricos o bien, tímidos, desconfiados y asustadizos; tienen frecuentes oscilaciones del humor.

En la pubertad las características se acentúan o se transforman siguiendo la línea de la psicopatía (en formas extravagantes, fanáticos, apáticos, irritables, hiperestésicos). Pueden mostrarse grandes disposiciones artísticas o literarias, pero con el tiempo evolucionan: hacia la disolución.

Pródromos. Por lo expuesto es fácil comprender que no siempre se podrá establecer con claridad el comienzo de la esquizofrenia. Tampoco hay cambios orgánicos que señalen su comienzo. Hemos dicho que el metabolismo es con frecuencia el mismo que el de los asténicos. Muchas veces se nos da datos de anteriores estados "neurasténicos, de nerviosidad o de psicastenia", que en algunos casos podrán ser pequeños brotes esquizofrénicos o simples muestras de una constitución anormal.

Más características es la vivencia de interceptación en la que los enfermos se ven detenidos en el pensamiento o la acción; no pueden hablar ni hacer ningún movimiento. Otras veces hay extravagancias notables, lejanas y más frecuentemente cercanas (rupturas de amistades o noviazgos de manera súbita y sin causa aparente; recolección de chucherías y basuras) ideas parafrénicas o sentimientos de enfermedad y extrañamiento del yo y del ambiente. Otras buscan ostentamente un trabajo para rechazarlo al ser le concebido; en otras ocasiones es la holgazanería, vagabundeo o planeamiento de viajes sin objeto definido lo que les hace más notables. Dos delitos de prostitución, hurto, mendicidad, incendio, tentativas de homicidio, y de suicidio no son infrecuentes.

La sensación de enfermedad es a veces clara. Hay un extrañamiento del ambiente, no se encuentra el sentido de las cosas, los pensamientos chocan unos con otros y están cambiados y lo mismo sucede con las emociones: ya no quieren como antes o llegan a odiar o creer que odian lo que quieren. A veces hay estados depresivos y angustiosos; ideas de persecución, o mas rara vez de grandeza (Dios los ha escogido como sus profetas, etc.). La variabilidad es grande y a veces los pacientes se internan en su esquizofrenia y la viven sin grandes manifestaciones; se transforman en vagabundos o dipsómanos o viven inactivos e insensibles,

con sus familiares y amigos. También puede hacerse el comienzo por trastornos de tipo psiconeurótico, histérico, angustioso, obsesivo, etc.

Entre los síntomas semáticos al comienzo puede haber cefalalgias, fatigabilidad, anorexia, insomnio etc.

SÍNTOMAS DE LA PSICOSIS. Entre los síntomas ocupan lugar central los trastornos del pensamiento. Es la disociación del pensamiento la que da el nombre a la enfermedad: existe una división del pensamiento en una o más partes que se compártala con autonomía, marchando desordenadamente: unas partes u otras toman la representación de la personalidad total. Para Bumke lo decisivo en el pensamiento esquizofrénico es la destrucción de la unidad de los conceptos ideológicos normales, separándolo conexo y uniéndolo correctamente separado en las vivencias". Estos trastornos se producen sin que pueda comprobarse casi nunca ninguna obnubilación de la conciencia. Por esa división del pensamiento se llega a la destrucción de los conceptos normales, los enfermos aglutinan contenidos intelectuales bien diferenciados y se vuelven incomprendibles para los sanos. Ej.: el de un intelectual que puso un espejo cóncavo en su pupitre para, excitar sus deflexiones intelectuales; o el del enfermo que preguntada dónde estaba contestó que en la anatomía por que en ese momento leía esa palabra; otro enfermo consultó un dentista porque había sido mordido años atrás por un perro; otro enfermo toma la expresión "la vida me sonrío" como que cada objeto que el percibe sonrío en realidad.

El pensamiento se hace así obscuro, con grandes alteraciones que hacen imposible el pensar lógico. Dice Bleuler que los pensamientos "producen la impresión de haber sido mezclados los conceptos de una determinada categoría en un recipiente y haber extraído uno cualesquiera de ellos bajo la acción de la casualidad".

En el principio los trastornos pueden ser subjetivamente percibidos. Tienen los enfermos la sensación de una anormalidad, notan que piensan lo que no quieren, que se les imponen pensamientos venidos como de fuera, o que les roban sus pensamientos. Este robo o imposición del pensamiento lleva a la perplejidad, el paciente se desorienta y manifiesta la extrañeza en la expresión del rostro de ojos interrogantes, frente con arrugas verticales, los rasgos faciales expectantes. Sienten que sucede algo ajeno al "yo". Al mismo tiempo que el extrañamiento de sí mismo el enfermo puede tener una vivencia de transformación, condicionada por el mismo extrañamiento y por la alteración de la percepción, de las sensaciones cenestésicas. Esa transformación puede consistir en un cambio de la personalidad, doble en la personalidad, en el transiivismo o la personificación. En el primer caso sentirá simplemente que tiene una personalidad diferente de la que en él ha sido usual; en el segundo caso se cree conservando su propio yo pero viviendo al mismo tiempo dentro de sí otra personalidad. El transiivismo consiste en el pensamiento de transformación en animal, y

la personificación la transformación, en cosa ("soy astro y mando llover").

Puede también haber una extrañeza del mundo externo, el sujeto experimenta la sensación de transformación del mundo ("me parece que son añórenles todas las personas que me rodean y que el único anormal 'soy yo'").

El esquizofrénico desarrolla un especial estado de ánimo que consiste según Mauz en cierta conciencia de un que se cierne sobre el yo el sujeto originando un estado angustioso, perplejo, de confusión y de inquietud. El enfermo no sabe lo que pasará, es una sensación de anormalidad mental, como si se fuera a hacer loco, como si su energía psíquica disminuyera.

La rigidez, disgregación e incoherencia son tres características clínicas de gran valor. El pensamiento rígido no siempre es reconocido como merboso, pero se presenta con frecuencia de manera precoz en la esquizofrenia: consiste en la adherencia, tenaz a un contenido; la rigidez no es solamente en la forma sino también en el fondo emocional. Bumke cita el caso de una enferma que en el examen de magisterio tenía que escribir un tema en inglés y esperaba que le tocara un trozo determinado; estudió bien ese trozo, lo aprendió de memoria y cuando en el examen le tocó un tema distinto ella escribió el "suyo". Después alegó siempre que la actitud que había tomada era justa. La disgregación ha sido señalada por Bleuler como signo primordial; en el pensamiento disgregado se pierde la idea directriz. La interceptación o el bloqueo provocan la ruptura y se introduce después una nueva directriz que también es rápidamente sustituida introduciéndose ideas e imágenes absurdas e ilógicas. A la incoherencia se llega por acentuación de la disgregación y hay además características del pensamiento mágico, fantástico.

De la vivencia de extrañamiento de sí mismo y del mundo exterior, del estado de ánimo del esquizofrénico y de las pseudopercepciones de diversa clase se pasa a las ideas delirantes. Al paciente se le señala, la gente habla de él los periódicos le insultan, hay planes en contra suya, se abusa de ellos sexualmente, sobre ellos se descargan influencias telepáticas; les roban su cerebro o bien: su corazón está parado, su cuerpo se ha podrido; la comida está envenenada. Aparecen ideas de grandeza y los enfermos son entonces enviados de Dios, la virgen les ha dado instrucciones especiales; son inmensamente ricos, son jefes, tienen cargos importantísimos, tienen poderes mentales especiales o son ellos mismos Dios, Jesucristo o Napoleón. Bumke hace notar que a veces no son ideas delirantes propiamente tales, que el paciente no cree en ellas, son más extravagancias que ideas delirantes, el delirio, dice, se convierte entonces en "una cáscara vacía, en esquema", "en estereotipia".

ALTERACIONES DEL LENGUAJE. Las alteraciones del pensamiento que acabamos de describir se manifiestan a través de perturbaciones del lenguaje. Otras veces se presentan alteraciones aisladas del último que pueden mezclarse con las del pensamiento. Son comunes las estereotipias verbales, los neologismos, los

ESTADO DE LA CONCIENCIA. Este, se mantiene con bastante claridad en casi todas las esquizofrenias y la atención, comprensión y asociación no tienen las limitaciones que en las enfermedades psíquicas infecciosas. No hay enturbamiento de la conciencia y las impresiones son captadas por los enfermos aún cuando éstos no lo demuestran. Sin embargo **puede** a veces observarse estados que indican alguna confusión y embotamiento en la conciencia o estados de obnubilación¹, oniroide. En esos estados de confusión el enfermo se repliega completamente dentro de sí cortando la mayor parte de sus relaciones con el mundo exterior y llegando al autismo en el que en su fantasía cumple todos sus 'deseos perdiendo todo sentido crítico. Por este medio el autismo puede engendrar o contribuir al negativismo y para Bumke habría también relaciones íntimas entre el autismo y la disgregación.

PSEUDOPERCEPCIONES. Están éstas en relación estrecha con los trastornos del pensamiento y no es infrecuente la duda de sí en muchos casos se trata de un trastorno puramente intelectual o de una pseudopercepción alucinatoria. Los enfermos no lo explican que se trata de pensamientos sólo o de verdaderas voces e imágenes. Por el contrario confiesan oír voces pero explican que no las perciben con la claridad de la del médico entrevistador, o que no las oyen con el oído sino que más bien les llegan al pensamiento. Sucede también que se entremezclan vivencias de diversos territorios sensoriales. Bumke admite que sigue siendo posible que tras la pseudopercepción exista la excitación de ciertos centros corticosensoriales.

Las más frecuentes pseudopercepciones son las alucinaciones auditivas, los trastornos del equilibrio y las sensaciones. Las primeras son descritas casi siempre como voces y se habla de ellas como si no son voces que se expresen con palabras, que no son voces propiamente tales, que son misteriosas o como pensamientos interiores. Pueden proceder del interior del propio cuerpo (del estómago, de la cabeza, etc.) o del exterior (de las paredes, de los vestidos, del reloj). El contenido de las comunicaciones es absurdo y lo es también la forma de expresión. Con frecuencia insultan al paciente o se dividen en voces buenas y voces malas, unas que le defienden y otras que le atacan. Otras veces se trata de una pseudopercepción auditiva de los pensamientos del enfermo, fenómeno al que se conoce con el nombre de eco del pensamiento, forma particular según Clerambault, del fenómeno general de automatismo mental patológico de los procesos orgánicos de naturaleza esquizofrénica. Por último las pseudopercepciones auditivas pueden también consistir no en fonemas como los mencionados sino en acoasmas (silbidos, chirridos, ruidos de motor etc.).

En la esfera visual se presentan ilusiones, o pseudo alucinaciones. Los objetos parecen deformados, en diferente situación especial de la que tienen, o nublados y borrosos. También se presentan imágenes extracampinas (los enfermos "ven" cosas que están detrás de ellos).

Las pseudopercepciones gustativas y olfativas son más frecuentes en las parafrenias. Los enfermos perciben gases o vapores; las comidas tienen sabor diferente de la habitual.

Las pseudopercepciones corporales son más frecuentes en el terreno sexual pero puede tratarse también de alucinaciones motrices, psicométricas y cenestésicas viscerales. Mira y López cree que las Pseudopercepciones genitales no merecen el nombre de pseudopercepciones y cree que probablemente se trata de percepciones normales de excitaciones anormales de la sensibilidad genital. Estos fenómenos son más frecuentes en las mujeres. Las otras pseudopercepciones corporales comprenden la sensación de desplazamiento especial en la *que* los enfermos se creen estar en posiciones inverosímiles o cambiado de su tamaño real. La cenestesia visceral da origen a sensación de pinchazo, herida, quemadura, cosquilleo venoso y alteraciones o destrucciones de órganos internos.

PERTURBACIONES DE LA AFECTIVIDAD. — Son estas difícilmente separables de las alteraciones del pensamiento. Es sabido que se ha considerado como síntoma fundamental de la esquizofrenia la falta de coordinación entre la vida afectiva y la intelectual, lo cual Bumke considera incorrecta basándose en la unidad del fenómeno psíquico y la imposibilidad de diferenciación en elementos psíquicos distintos. Hay en los esquizofrénicos una alteración total de su vida interior, una nueva actitud, diferente de la del sano. Pero lo cambiado no es solamente el pensamiento o el afecto, sino ambas cosas y la relación entre ellas. De todos modos hay una evidente alteración cualitativa de la afectividad manifiesta de manera varia por exageración, defecto y transformación; y no solamente por el embotamiento afectivo y la indiferencia que describía Kraepelin. Hemos hablado ya del extrañamiento como alteración del pensamiento. Afectivamente los enfermos también se sienten cambiados y la perplejidad es considerada por algunos como síntoma afectivo. Ante ese nuevo mundo vivencial el esquizofrénico adopta una posición de recelo y caución y hay una alteración de los sentimientos de simpatía. Los pacientes se sienten "horriblemente solos", cambiados en sus relaciones de afecto hacia sus parientes. Los sentimientos de cariño se vuelven rígidos, inadaptados, inadecuados a las situaciones, o son brutales hacia sus familiares o co-pacientes, indiferentes hacia sus deberes, con grandes alteraciones de los sentimientos de delicadeza. Como por otra parte los pacientes conservan parte de su actitud hacia su antiguo mundo normal se presenta en ellos una doble actitud afectiva que da por resultado la **ambivalencia** tan bien estudiada por Bleuler. Lo característico de la ambivalencia afectiva esquizofrénica es que la coexistencia de actitudes de reacción contrapuestas no provoque ninguna duda o vacilación, dando por resultado la mezcla absurda de acciones que se originan en esa contraposición. Un paciente citado por Bleuler "llora

con los ojos y ríe con la boca, quiere y no quiere, se siente vivo y muerto, sano y enfermo, feliz y desgraciado al mismo tiempo".

Hemos ya mencionado el autismo cuya esencia radica para algunos en la preferencia sentimental que el enfermo otorga a su nueva actitud vital. Hay también una rigidez afectiva como hay una rigidez de pensamiento. En los esquizofrénicos hay una pérdida en la elasticidad, en la gracia de la adaptación, en las expresiones y actitudes afectivas; se pierde la sana justificación de la actitud afectiva la cual puede hacerse influenciable o presentar cambios bruscos inmotivados. Aunque aparentemente así suceda la vida afectiva no está del todo perdida. Hebefrénicos avanzados se quejan de su ruina psíquica y vemos a los catatónicos en crisis afectivoemocional, explosiones de tristeza o alegría, cólera, angustia o miedo y gran agitación motriz. Mencionemos por último el embotamiento ético moral, al que puede llegarse muy pronto o muy tarde en la evolución de la psicosis. Es frecuente encontrar desde el principio embotamiento de los sentimientos morales y entre estos los de los sentimientos parentales. Los enfermos no sólo han perdido el cariño hacia sus padres sino también el respeto. Esta actitud puede llegar hasta la comisión de delitos de sangre verificados con gran frialdad y alevosía. El proceso esquizofrénico puede ser inicial o bien abortar después del delito.

ALTERACIONES CONATIVO MOTRICES. — Estas tampoco pueden estar separadas de los trastornos del pensamiento, del lenguaje, de la escritura y del sentimiento. Se trata mayormente de perturbaciones del tipo catatónico, de gran variabilidad y sometidas todavía a clasificaciones arbitrarias. Mencionemos la excitación, la aquinesia, inhibición, el estupor, el negativismo, las pararrespuestas, la obediencia automática, la catalepsia, las extravagancias, las estereotipias y verbigeraciones. La excitación es frecuente; vemos enfermos que gritan, corren, rompen lo que está a su alcance; no permiten el trato de los demás y continúan en su agitación aún en la soledad; no se encuentra ningún fundamento psicológico de su actitud; todo lo que llegan a expresar es que no podían proceder de otra manera. A veces puede demostrarse cierta finalidad en los movimientos de los catatónicos, pero otros de esos movimientos resultan comparables con los síntomas de enfermedades cerebrales (corea, atetosis). Al contrario de la agitación mencionada hay otros enfermos que permanecen inmóviles, aquinéticos, hay una intercepción en los movimientos simples, necesarios para el acto intencional, por ejemplo: quieren dar la mano pero los impulsos hacia ello son interceptados por lo menos temporalmente, ya que el final a través de movimientos sin gracia y bruscos pueden llegar a extenderla. Otros enfermos llegan al estupor, son enfermos inmóviles que no reaccionan ante nada, de músculos relajados o tensos. Tales estados estuporosos pueden durar unos minutos o varias horas y pueden cesar súbitamente, ya sea de manera espontánea o por el uso de barbitúricos. El negativismo se observa con frecuencia en

los enfermos inhibidos; hay una resistencia como una oposición a todo cambio positivamente provocado; se van si se les habla, no contestan al interrogatorio, retiran la mano que se quiere estrechar. Pueden también presentar una rigidez negativista. Este negativismo reactivo puede ser independiente de las contracturas musculares espontáneas. El mutismo de los catatónicos puede presentarse por negativismo y al mismo tiempo se pueden observar para respuestas. El aumento de la influenciabilidad puede existir al lado de su disminución, tal es el caso de la obediencia automática. Como formas de esta o ligadas a ella se encuentran la seudoflexibilidad cética, la ecolalia y la ecopraxia. La mezcla en un mismo momento del negativismo y la influenciabilidad es de observación corriente; o bien se nota una sucesión brusca de un estado al otro. De allí deriva la extravagancia del trastorno de la actividad. Krapelin se ha referido a "la pérdida de la gracia" síntoma objetivo y subjetivo; y las extravagancias no es raro que se conviertan en estereotipias. Las posturas y actitudes extravagantes pueden ser sostenidas durante semanas y meses y ya hemos mencionada que muchos enfermos, verbigeran repitiendo durante horas las mismas sílabas. Las ideas expresadas son completamente absurdas y responden únicamente a una incontenible necesidad de hablar.

TRASTORNOS SOMÁTICOS DE LOS ESQUIZOFRÉNICOS.

—Mencionaremos los neurológicos, los metabólicos y los circulatorios. Los primeros son tanto cerebrospinales como vegetativos, sin que pueda establecerse una marcada diferencia entre ambos. Las más frecuentes son las alteraciones del sistema extrapiramidal o mejor dicho que pueden referirse verosímilmente a ese sistema y sobre todo al cuerpo estriado y sus asociaciones. Bumke niega que se haya demostrado la existencia de síntomas piramidales; lo que podría observarse sería un pseudo Babinsky que para él se encuentra en relación con una reacción atetoide del origen estriado o contracciones musculares no espasmódicas, asociadas a "ataques" catatónicos.

Se ha descrito una rigidez pupilar absoluta y otros trastornos pupilares como midriasis e irregularidad así como miosis producida por el cierre palpebral enérgico (fenómeno de Westphal Piltz). Se puede también notar la falta del psicorreflejo pupilar.

Otros probables síntomas son la bradicardia, hipertensión, cambio de las secreciones sudorales, sebácea y salivar; estreñimiento» espasmódico, etc.

Mencionamos antes que a veces puede encontrarse en los esquizofrénicos el conocido metabolismo de los asténcios. En estados avanzados es frecuente encontrar lengua saburral, mal aliento, dermatosis, inapetencia, alteraciones tróficas de la piel, cabello y uñas, etc. Hay oscilaciones del peso que no están en relación clara con los cambios psíquicos y que algunos relacionan con alteraciones metabólicas y orgánicas. Estas oscilaciones no siempre están en relación con la ingestión de alimentos.

Las alteraciones circulatorias son sobre todo vasomotoras y forman parte de los signos somáticos más constantes en la esquizofrenia. Puede haber una ausencia de la reacción pletismográfica normal; hay una permanente vasoconstricción independiente del estado psíquico, a ella se debe la frialdad de las extremidades, la cianosis y el edema, parecido al trofoedema de algunas simpatosis. Hautman ha señalado la disminución del tiempo de coagulación sanguínea sin aumento de la viscosidad. A veces hay una discreta linfocitosis.

Los signos de laboratorio, histopatológicos y electroencefalográficos sólo serán mencionados de una manera general ya que sobre todos ellos hay gran discrepancia. Quizás en el futuro puedan sernos de utilidad en la investigación clínica de la esquizofrenia.

FORMAS CLÍNICAS.—Los síntomas esquizofrénicos se combinan de manera diferente y siguen cursos variados. Desde Kraepelin se ha aceptado la división en formas hebefrénicas, catatónicas y paranoides a las que hay que agregar la heboidofrenia y las parafrenias que actualmente muchos autores incluyen entre las esquizofrenias. Todas las diversas formas clínicas mencionadas pueden encontrarse tanto en las llamadas formas procesales como en las formas no de proceso si no de reacción. Veamos primero en qué consisten las diferencias entre estas dos últimas, es decir, entre formas procesales y no procesales. Las primeras han sido individualizadas de acuerdo con las ideas de Berze y Gröhle y Heinrich Mauz, y corresponderían a lo que se podría considerarse como esquizofrenia genuina, esencial o autóctona. Para Mauz el proceso está caracterizado por: 1º) la actualidad, podríamos decir la marcha de la enfermedad; 2º) por el carácter orgánico, y 3º) por la tendencia destructiva progresiva. Los siguientes son signos distintivos, generales del proceso esquizofrénico que se han señalado por distintos autores: la vivencia de la enfermedad como transformación subjetiva; como el percibir de una amenaza del yo y su unidad; como sensación de pérdida o de decadencia de la individualidad; como una vivencia de la insuficiencia, del palidecer de la propia actividad y de la falta absoluta de la conciencia de actividad o en estado constante de incertidumbre y angustia anímica. Mauz señala como síntomas aislados el robo del pensamiento, la impresión, que los actos o impulsos son fabricados, la impresión de ser influenciado, las alteraciones de la autoscopia corporal ("la mano es como la cera; llovizna en el cerebro"). Se insiste en hacer notar que un síntoma es más característico del proceso con cuanta más claridad y lucidez de conciencia se perciben; y Mauz exige además que surja sobre la base de demencia precoz constitución. El proceso actúa en forma de catástrofe o de brote. La primera, la forma catastrófica de la esquizofrenia procesal llamada esquizocaria por Mauz, se presenta de preferencia entre los 16 y los 21 años y ataca casi siempre a tipos asténicos extremos y afecta la forma de una decadencia rápida, generalmente continua que lleva a la destrucción del grupo de la personalidad en

un período de unos meses a un par de años. Constituye un 15% de 3as esquizofrenias y se desarrolla sobre una personalidad prepsicótica autista e idealista a la que distingue: 1^º) la dificultad para volverse hacia el mundo; 2^º) la frecuencia de las posiciones ante la vida, hechas de contrastes y 3^º) la astenia simple. En la iniciación de la forma esquizocática se notan ideas delirantes, de influencias que contribuyen a la despersonalización y evolucionan rápidamente a la desintegración. También se observa el delirio de transformación cósmica. En el curso del tiempo los enfermos llegan a la incoherencia más absoluta de pensamiento y de conducta. Es observación de Mauz que esta forma procesal catastrófica es casi exclusiva de enfermos de una capa intelectual elevada (profesores, teólogos e estudiantes) y cree que se necesita la existencia de cierta diferenciación psíquica.

El brote es una forma de evolución discontinua del curso procesal. La desintegración de la personalidad es paulatina y la diferencia con la forma catastrófica es solamente cuantitativa. Los brotes pueden presentarse en constituciones pícnicas y no sólo en las leptosómicas. Hay en ellas menos organicidad o más calidad psíquica funcional que en la primera forma descrita. Muestra más frecuentemente las formas paranoides y parafrénicas. Es característico que después del brote la vuelta a la normalidad no es completa; hay siempre un defecto psíquico residual.

FORMAS NO PROCESALES.—Comprenden sobre todo las esquizofrenias sintomáticas (esquizomorfias de Krish) y las reactivas (formas psicógenas y reacciones esquizoídicas). Para ambos grupos ha propuesto Aldama la designación de síndromes esquizofrenoides. Las sintomáticas serían consecutivas a alteraciones encefálicas de origen orgánico (las discutidas esquizofrenias metatuberculosas, aminotóxica, neuraxítica, sifilítica, etc.). Las formas reactivas se presentan como una respuesta individual a circunstancias ambientales adversas o conflictos intrapsíquicos. Mauz los considera como consecuencia de una actitud neurótica frente a un conflicto psíquico externo o una reacción ante un complejo.

Mencionemos las formas mixtas entre las que se comprende las esquizofrenias complicadas derivadas de la suma de un proceso y una reacción; las esquizofrenias injertadas que consisten en un desarrollo esquizofrénico en el curso de una oligofrenia; y la catatonía tardía o esquizofrenia catatónica climatérica. Por último citemos las formas mixtas cicloesquizofrénicas en las que puede haber síntomas ciclotímicos, un curso periódico y buenas remisiones, con conservación de la personalidad después de una larga evolución y predominio alternativo de uno y otro síndrome. Mira dice que hay que interpretar estas formas como resultados de la interacción de una patogenia esquizofrénica y, una patoplastia personal cicloide.

Volvamos a las formas clínicas de la clasificación Kraepeliniana, más las parafrénias, todas las cuales como dejamos dicho se presentan en las formas procesales y no procesales.

Consideremos en primer lugar la Hebefrenia. El nombre de ésta deriva de la mayor frecuencia de iniciación, en la juventud, aproximadamente alrededor de los 21 años. Su frecuencia es, según Bumke mayor que la generalmente supuesta; el mismo autor ha observado que se presenta en su mayoría en sujetos mal o medianamente dotados de inteligencia, rara vez han mostrado antes de la psicosis muy buena inteligencia y más rara vez todavía ésta ha sido muy mala. Son jóvenes soñadores y arrogantes, con un exagerado sentimiento de su valer, que se consideran por encima de sus padres, maestros, compañeros, colegas, etc.; se interesan por cuestiones filosóficas, místicas; creen haber hecho grandes descubrimiento, y a través de su orgullo y fantasía va creciendo su ensimismamiento. Después de un tiempo más o menos largo de evolución de éstas características viene un período de excitación moderada y luego los trastornos del pensamiento, la afectividad y la motilidad que tienen ya el sello esquizofrénico. Se acentúa lo necio, lo impertinente, lo arrogante; su lenguaje está falto de contenido afectivo. Se nota en estos enfermos una repetición y acentuación de las características de la adolescencia, siendo individuos con modales esteotipados al dar la mano y al saludar, con tendencia a ocuparse de los problemas de su existencia, a hacer inventos o poesías, etc. La alegría optimista de los hebefrénicos se nota falta de naturalidad, no se contagia al que observa, dan la impresión que bajo su alegría aparente están triste. Bumke dice que: "recuerdan la alegría forzada de los niños extenuados". Las alucinaciones pueden faltar y las ideas delirantes bien marcadas no siempre se encuentran. Sin embargo, hay que decir que las alucinaciones pueden presentarse en brotes; los enfermos ven muertos, diablos, espíritus, o bien oyen voces de espíritus. Lo característico de la hebefrenia sería, pues, el embotamiento afectivo, las alteraciones de la voluntad, la falta de síntomas productivos, la frecuencia de los brotes sin progresión y la alternancia de períodos de hipo o hiperactividad.

La hebefrenia comprende varias subformas: a) la demencia progresiva simple en la que predominan las representaciones delirantes de contenido hipocondríaco persecutorio y acompañadas de alucinaciones visuales. Hay una marcada sensación de incapacidad física y psíquica a la que agregan episodios distímicos de ansiedad y angustia. Se presentan remisiones de muchos años de duración, b) demencia depresiva alucinatoria, que se presenta con una fuerte depresión inicial y con muchas alucinaciones, de predominio auditivas. También en esta subforma tiene remisiones largas, c) la esquizofrenia cíclica en la que los síntomas fundamentales esquizofrénicos se ven matizados por oscilaciones del humor que se presentan por períodos más o menos prolongados, d) esquizofrenia agitada, en la que predomina la agitación y que cede después de un tiempo variable para reproducirse una y otra vez hasta llegar a la demencia. La principal es la agitación que se manifiesta en actos impulsivos, movimientos innecesarios, movilidad inmotivada, gritos, can-

tos, bailes, declamaciones, etc. e) esquizofrenia periódica, la cual se presenta en episodios que duran pocos días o semanas y pasan sin transición a períodos de actividad normal. Se presenta periódicamente, anual, trimestral o mensualmente coincidiendo muchas veces con el catamenio.

FORMA CATATONICA.—En esta forma se presenta junto a los demás signos esquizofrénicos, síntomas psicomotres predominantes que le dan el nombre de locura motriz. Entre esos trastornos conativo motrices se encuentran: a) las aquinesias, con lentificación de los movimientos y que son explicadas por Bumke como debidos a la interceptación del pensamiento que le lleva a la perplejidad y a la angustia y a la detención de los movimientos por desviación de la atención a las vivencias expresadas. Las aquinesias catatónicas recuerdan las de naturaleza extrapiramidal, b) estupor catatónico en el que caen de modo accésional. Los enfermos no responden ni a los estímulos más intensos; se mantienen por horas en posiciones difíciles e incómodas. En esta forma es frecuente observar la pseudoflexibilidad cérea, c) estereotipias cinéticas, que se presentan a veces después de los estupores, d) las impulsiones, que por su rapidez y violencia transforman a los enfermos en peligrosos. Estas impulsiones pueden presentarse bruscamente aún en enfermos en fase estuporosa.

Hay otras perturbaciones catatónicas que parecen tener una base psicógena, tal es el caso del netativismo, los amaneramientos y la sugestibilidad.

Digamos que con frecuencia pueden faltar muchos de los síntomas catatónicos quedando siempre el autismo, los trastornos del pensamiento y las pseudopercepciones, a lo que se unen algunas alteraciones motrices típicas.

La catatonía letal ha sido estudiada por Stauder. Se trata de enfermos con antecedentes familiares no diferenciales de los otros esquizofrénicos en un 50% de los casos, pero que en la otra mitad de casos muestran gran frecuencia de esquizofrenias familiares. No son picnóticos ni asténicos típicos; son displásticos, sobre todo las mujeres. Antes de la psicosis no se observaba nada anormal y con frecuencia se ha hablado de individuos sociables, emprendedores, etc. Prodrómicamente se notan enfermos que se vuelven tristes y desconfiados, se retraen, descuidan sus ocupaciones, aquejan dolores de cabeza; todo esto dura unas dos semanas o hasta cinco o seis meses. Después estalla una gran agitación, los enfermos brincan, gritan, hacen gesticulaciones furiosas, siendo frecuentes las autolesiones sin que ellas se deban a motivos delirantes. Su intención es aniquilarse. Rápidamente el cuadro se empobrece y sólo persiste la agitación. Los enfermos casi no hablan, no pueden ser interrogados, golpean en torno suyo, se dejan caer al suelo pesadamente, se tiran de la cama, se muerden, se arrancan los cabellos. La agitación así mantenida dura a lo sumo ocho días; los enfermos quedan postrados intentando todavía movimientos de ataque hasta

-que quedan exhaustos. Desde la iniciación del período de estado hasta la terminación en la muerte sólo transcurren dos, tres o cuatro días, siendo raro que la enfermedad se prolongue hasta las dos semanas. La muerte puede ser ayudada o precipitada por una paratidís, broncopneumonía, neumonía, diarrea, etc. Se ignora si esta catatonía es una enfermedad independiente.

HEBOIDOFRENIA, DEMENCIA SIMPLE O SIMPLE DEVASTACIÓN AFECTIVA.—Es esta una forma que también se presenta procozmente y consiste en una debilitación paulatina de las facultades psíquicas que lleva a un embotamiento afectivo, disminución de la actividad e incapacidad para el trabajo. Casi no hay síntomas accesorios. Lo cual hace resaltar más la devastación intelectual y afectiva. Generalmente se da la historia de una persona joven, despierta de inteligencia y con una situación más o menos brillante en sus diversas ocupaciones (estudios, empleos, religión, etc.), que progresivamente muestran fallas en sus estudios, que van cada vez peor; o dejan de cumplir con los deberes que exige su trabajo o a descuidar las prácticas religiosas o visitar cantinas y lupanares. El cambio puede ser algo brusco y presentarse insomnio, inquietud y ligera agitación. Los pacientes conservan los conocimientos adquiridos pero no los saben emplear, su agilidad intelectual se anquilosa cada vez más. Se hacen vagos incapaces, muchos caen en el alcoholismo, la prostitución, la mendicidad o el delito. Las remisiones son raras.

FORMAS PARANOIDES Y PROCESOS PARAFRENICOS—

Se caracterizan las primeras por el predominio de las ideas delirantes y de las alucinaciones. A ello se agregan los signos esquizofrénicos característicos. Su comienzo puede no ser diferente del de las otras formas pero pronto se nota en los pacientes la inseguridad interior, la perplejidad angustiosa y se instala el estado de ánimo o el afecto delirante. Les parecen que se mofan de ellos, que los desprecian, que el mundo está cambiado; las gentes y los automóviles andan de modo diferente al normal; el cielo parece extraño, etc. Después las pseudopercepciones se manifiestan claramente y lo mismo el delirio; son ya verdaderas ideas de persecución y de grandeza (los enfermos no son hijos de sus padres, si no que de príncipes, millonarios, etc., y tienen altas misiones que cumplir); las alucinaciones son primero visuales, después auditivas y cenestésicas. Después vienen cambios afectivos bruscos, malhumor, agresividad impulsiva o euforia insípida. Evolucionan en dos subformas, una grave y otra leve. En la primera predominan los trastornos de la voluntad y la coherencia y lleva rápidamente a la disgregación del núcleo de la personalidad con antisocialidad. En la leve hay más ideas delirantes y alucinaciones. Evoluciona más lentamente y al correr del tiempo se llega a dar poca importancia a las alucinaciones y delirios.

La Escuela de Heidelberg y con ella muchos grupos psiquiátricos incluye las parafrenias dentro de las enfermedades esquizofré-

DE ARGENTINA:

Dr. Manuel Luis Pérez, (no confirmado).
Dr. Raúl M. Chevallier,

DE BRASIL:

Arthur Campos da Paz Filho.

DE CUBA:

Dr. José Ramírez Olivella, Dr.
Ernesto R. de Aragón.

DE MÉXICO:

Dr. Conrado Zuckermann,
Dr. Manuel Urrutia R.,
Dr. Carlos D. Guerrero,
Dr. Alfonso Alvarez Bravo,
Dr. Delfino Gallo, de Guadalajara, Jal.

DE VENEZUELA:

Dr. Pedro A. Gutiérrez Alfaro (no confirmado).

La cuota de inscripción será de: \$ 40.00 Dls. por persona, incluyendo las reuniones de carácter social. (Los gastos diarios, en Nueva Orleans se calculan en \$ 8.00 Dls. por día, por persona).

El programa exacto será publicado muy en breve, pero puede usted solicitar informes y datos complementarios, así como Inscribirse, con el Coordinador para Latino-América: Dr. Carlos D. Guerrero.

Miguel Schulz N° 19

México, D. F.

NOTA: El curso coincide en fecha a la semana inmediatamente precedente al CONGRESO INTERNACIONAL DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA, de Nueva York.

NOTICIAS

Los consocios Drs. Abelardo Pineda U. y Manuel Cáceres Vigil fueron nombrados Director del Hospital General "San Felipe" y Director de Sanidad, respectivamente. Con tal motivo la Asociación Médica Hondureña acordó en su sesión, última agasajarlos en la Casa del Médico: Nuestras felicitaciones.

El consocio Dr. César A. Zúñiga partió para Estados Unidos de Norte América con el objeto de hacer estudios de especialización. Le auguramos mucho éxito.