

Dr. M. Bales 13.

Nº 146

AÑO 1920

Volumen XVIII



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

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Organo de la
Asociación Médica Hondureña



Director:
Dr. Carlos M. Gálvez

SUMARIO

	Pág.
Página del Director.—Avances de la Neurocirugía en la Cirugía Moderna	3
Osteopatías Precoces en la Sífilis Secundaria	5
Por el Doctor Humberto Díaz	
Anestesia Local en Cirugía Plástica	9
Por los Drs. Ernesto F. Malbec y José N. Spera	
Relación entre la Hipertensión Arterial y el Aparato Visual	17
Por el Doctor José Gómez Márquez Gironés	
Las Esquizofrenias (Concluye)	23
Por el Doctor Ramón Alcerro Castro	
Notas Varias	46

Enero y Febrero de 1950

Revista Médica Hondureña

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

Director : Dr.

CARLOS M. CALVEZ

Redactores:

Dr. ANCEL D. VARGAS

Dr. J. RAMÓN PEREIRA

Dr. CESAR A. ZUÑICA

Secretario.

Dr. VIRGILIO BANECA S. M.

Administrador:

Dr. MARTÍN A. BULNES B.

Año XIX | Tegucigalpa, D. C., Honduras. C. A., Enero y *Febrero* 1950 No. 146

EDITORIAL

Avances de la Neurocirugía en la Medicina Moderna

En los últimos sesenta años la Cirugía del sistema nervioso se ha desarrollado considerablemente y sus posiciones pueden ahora considerarse ya consolidadas; lejos estamos de los tiempos en que Ericksen creía que el abdomen, el tórax y el cráneo no permitirían el tratamiento quirúrgico de sus lesiones. Después de los iniciadores entre los que hay que citar a McEwen, Horsley, Keen, Eiselberg y Krause vinieron los perfeccionamientos derivados de la dominante figura de Harvey Cushing y de otros como Frazier, Eiselbsrg y Dandy. Después, derivados de la brillante escuela Neuroquirúrgica Norteamericana nacieron los centros neuroquirúrgicos de importantes países europeos: en Inglaterra, Ballance, Sargunt, *etc.*, en Alemania, Foerster, en Francia Martel y en Suecia Olivecrona. En los últimos veinte años los servicios neuroquirúrgicos se han multiplicado y existen en las principales ciudades del mundo.

La práctica de la Neurocirugía requiere la dedicación *completa a la especialidad, personal auxiliar también dedicado absolutamente y equipo quirúrgico también especializado. La neurocirugía* hecha por el cirujano *general ayudado por el neurólogo* puede asegurarse que no da resultado y sólo es tolerable como mal menor.

En Centro América y los países cercanos la neurocirugía viene haciendo su entrada. Hace unos pocos años en México la practicaban entre los dedicados a ella con mayor empeño Velásco, Suárez y Sánchez Caribay, en Panamá hay un departamento bien montado que dirige González Sevilla y en Honduras Alcerro Castro ha practicado la rama psiquirúrgica desde 1945. Es evidente que en Centro América hay abundante material neuroquirúrgico y que gran

ma. A la fecha de la exploración, la rubicundez, e inflamación articulares han desaparecido, persistiendo el dolor y la impotencia funcional de los miembros inferiores.

ANAMNESIA LEJANA:

No da ningún dato acerca de las enfermedades de su infancia. Durante la edad adulta, ha padecido de paludismo en dos ocasiones y de neumonía una vez. Hace cinco meses padeció de un chancro localizado en la cara superior del glande, el cual le apareció un mes, poco más o menos, después de un coito sospechoso, casi no le supuró, fue indoloro, de base dura y se acompañó de adenopatía inguinal bilateral, que NO llegó a la supuración. Curó espontáneamente. No se practicó reacciones serológicas por sífilis. No da ningún dato acerca de intoxicaciones endógenas o exógenas.

EXAMEN FÍSICO: Enfermo desnutrido, de hábito estético. Talla: 1.68 Peso: 119 Libras, Temperatura: 37" C. Presenta gran dificultad para la marcha y la estación de pie, debido a las rigideces articulares de los miembros inferiores.—Cráneo: No hay exostosis, hay zonas discretas de alopecia. Cara: Simétrica; facies normal. Ojos: Se encuentra únicamente, al examen del fondo, propagación difusa de la palidez papilar, que hace borroso su círculo a nivel de la región supero-externa y supero-interna, dando la impresión de una neuritis óptica incipiente. Oídos, Nariz, Boca, Faringe, Laringe: Nada de particular. Cuello: Adenopatías retrocervicales. Tórax: Lesiones de hiperostosis a nivel de las articulaciones condro-esternales 6o. y 7o. de ambos lados, como de 2 cms. y medio de diámetro cada una de ellas. Corazón, Pulmones, Abdomen, Hígado Bazo y Ríñones no presentan nada de particular. **GENITALES:** Hay una cicatriz pequeña, redondeada, de color violáceo, dura y que corresponde a la localización del chancro que le apareció hace 5 meses. Aparato Ganglionar: Hay marcadas adenopatías retrocervicales, epitrocleares, inguinales y crurales; dichos grupos ganglionares no presentan ninguna adherencia entre sí, ni con la piel correspondiente. Columna Vertebral: Nada de importancia. Brazos: Ligera hipotrofia de algunos grupos musculares. Piernas: Se comprueba la presencia, a nivel de ambas crestas tibiales, a la altura de su tercio medio una tumoración de consistencia 'dura, de forma redondeada, de 4 cms. de diámetro cada una, que presentaron al principio dolor espontáneo y provocado; a la fecha del examen se provocaba dolor únicamente a la presión profunda y enérgica. Sistema Nervioso: No se comprueba ninguna manifestación patológica, por la exploración del sistema nervioso central ni periférico.

EX AMENES COMPLEMENTARIOS: De todos los exámenes complementarios que fué posible practicar al paciente,

el única que dio resultado digno de mencionarse, sobre todo para el objeto de este trabajo, fue la Reacción de Kalin que dio un Positivo Más Cuatro por dos veces en la sangre.

C O M E N T A R I O

Si se estudian y valorizan todas las conclusiones que pueden establecerse alrededor del caso historiado, tiene que llegarse indudablemente —en primer término— a aceptar que el paciente adolece de una infección sifilítica, adquirida recientemente, y en el período secundario de su evolución. Los antecedentes hereditarios y la ausencia de estigmas de sífilis congénita lo demuestran.

Los resultados del examen somático permiten también establecer, que el síndrome reumatoideo no fué producido por un Reumatismo Tuberculoso, por el Reumatismo Articular Agudo (Fiebre Reumática) o por un Seudorreumatismo debido a infección banal, y aún por enfermedades del metabolismo o por alguna de las contenidas en el capítulo de las diseudocrinias.

En cambio, si revisamos los capítulos correspondientes a la sífilis articular y a la sífilis de los huesos, comprobamos que el cuadro que presenta nuestra paciente encaja muy bien en los datos que ofrece la nosografía mencionada.

Las manifestaciones de sífilis en el sistema óseo son conocidas desde largo tiempo. En el curso del período secundario bien pueden presentarse, incluso con el carácter de notable precocidad, al grado que en muchos casos no sólo coinciden con las lesiones cutáneas y mucosas, sino que las pueden preceder mediando un lapso relativamente considerable.

Desde en tiempos de Fournier, se reconocen tres tipos clínicos fundamentales de la sífilis ósea, y son: LA OSTEALGIA, LA PERIOSTITIS y LA PERIOSTOSIS. — LA OSTEALGIA, como su nombre lo indica, es una manifestación esencialmente dolorosa y que no se acompaña de lesión anatómica perceptible; se localiza a nivel del cráneo, del esternón o de una costilla, y en cualquier lugar que radique se le hace más manifiesta por medio de la palpación.

LAS PERIOSTITIS, lo mismo que las ostalgias, son, formas dolorosas pero ofrecen al examen, una lesión anatómica determinada, y cuyos caracteres me parece innecesario repetir aquí.

LAS PERIOSTOSIS, menos frecuentes que las periostitis, están fundamentalmente caracterizadas, como ha dicho Fournier, por una prominencia en la superficie del hueso, por un dolor vivo a su nivel y por una dureza ósea del tumor que constituyen. Las periostosis se localizan/ principalmente en el cráneo, en la cara interna de las tibias y en las costillas; además, la piel que las cubre no presenta ninguna alteración, no siendo tampoco adherente a los planos subyacentes. Cuando no son tratadas, duelen por un

decir, no hay que suponer que ocurre tan sólo en la gobernación de Santa Cruz o en el estrecho de Magallanes. Ocurre en ciudades populosas, en capitales de provincia y también en esta gran ciudad de Buenos Aires. Y lo que es más grave aún, ocurre en los principales hospitales de la Capital Federal.

Felizmente, parece ser que ahora las autoridades que velan por el buen funcionamiento de tales instituciones, comenzaron a ver y a comprender en parte el problema, al punto que ya fueron nombrados algunos jefes anestesistas de reconocida capacidad profesional. Inclusive, ya se ha llamado a concurso para proveer a estos jefes de sus correspondientes ayudantes. Si bien el número de estos últimos es, exiguo, tenemos que admitir que por algo debe empezarse, aunque según nuestra opinión, tratándose de una cuestión de fondo, la solución tiene que ser también de fondo y no de superficie, con un jefe anestesista y uno o dos ayudantes en un hospital donde existen mil setecientos internados y se utilizan treinta y cuatro salas de operaciones con doscientos cirujanos, no podemos suponer que el problema quede resuelto. Hasta podemos afirmar que muchas veces, en vez de solucionarse, se agrava más todavía. Por una razón muy sencilla: porque no hay ninguna posibilidad, con tan menguada oferta, de dar cumplimiento a la voluminosa demanda de un instituto de tal densidad. Por ello, a menudo el anestesista llega tarde, en unos casos unos minutos después de la hora señalada para iniciar el acto operatorio; en otros casos, se presenta con una o dos horas de retardo, siempre que no haga su aparición, en circunstancias excepcionales, dos días después, cosa que nos ocurrió a nosotros en dos ocasiones consecutivas. El municipio, entonces, tiene que contemplar objetivamente esta situación, nombrando el personal suficiente y adecuado. No es, empero, el número y la capacidad de los anestesistas solamente lo que debe tenerse en cuenta, sino también el horario y la extensión de sus ocupaciones. No puede un anestesista desempeñar al mismo tiempo funciones en dos hospitales diferentes, como sucede 05 veces, debido a que no es posible estar a la misma hora en dos lugares distintos.

El jefe, desde luego, debe dirigir, controlar, orientar y enseñar a sus auxiliares, que son simultáneamente sus discípulos, empresa ésta que no le será dado ejecutar convenientemente, por más jefe y anestesista que sea, por radiotelefonía o por correspondencia. Todo esto que señalamos, sólo puede hacerse personalmente y en el terreno de la práctica.

Una vez solucionado el asunto del nombramiento de los jefes y sus respectivos ayudantes, se plantea otra cuestión, y es la de aprovisionar su servicio del material apropiado, pues un jefe y 1 dos o tres auxiliares, si no disponen más que de un solo aparato, no pueden suministrar más que una sola anestesia. Nombrar tres anestesistas, por consiguiente, y proporcionarles solamente un aparato, es como nombrar tres chóferes y entregarles a los tres, para que lo manejen, un solo automóvil.

Contemplada la necesidad de la implantación de la centralización de los servicios de cirugía; entendida la conveniencia de designar técnicos capacitados y eficientes, mediante rigurosos y honestos concursos, para hacerse cargo de la jefatura; vigilada la observancia del cumplimiento de sus obligaciones en cuanto a la ubicuidad en lo que atañe a su horario de trabajo; solucionada la cooperación administrativa en el sentido de entregar el material indispensable, tanto en cantidad como en calidad; resueltas todas estas cuestiones, digamos, de primera instancia, deben, las autoridades, encarar seria y juiciosamente el estudio de las retribuciones o sueldos de los médicos que se dedican y Viven* de tan importante e insustituible disciplina científica. Comprendamos que si un anestesista empieza su labor diaria en un hospital a las siete de la mañana y la termina a la una de la tarde, cuando no, a las dos, vale decir, si trabaja allí seis o siete horas y le entrega al hospital de la comuna de este modo el setenta por ciento de sus mejores energías, suponiendo que durante ese mismo día trabaja diez horas, su labor, entonces, no puede ser retribuida oficialmente con un sueldo miserable, y menos todavía, con un sueldo de hambre. No. Su labor debe ser retribuida equitativamente, mediante u la remuneración digna, a terno con la categoría de los servicios que presta.

-Sin duda, con sueldos irrisorios, solamente se podrán tener anestesistas forzados y descontentos, inseguros de su profesión, disminuidos en su verdadero papel y sofocados en sus más sanas aspiraciones. O se podrán tener anestesistas abnegados, propicios al sacrificio, cosa que rechazamos de plano, porque se opone a los mismos principios de la sociedad que está basada sobre la oferta y la demanda. En un mundo eminentemente materialista y utilitario como el nuestro, no podemos exigir y tolerar que únicamente el anestesista viva y se desenvuelva como un romántico o como un bohemio. Aparte de que la abnegación tiene que ser espontánea y no obligatoria. Si el municipio ha dejada de lado hace tiempo la idea del martirio de los hombres de ciencia, la idea de su santidad ¿le asiste algún derecho ahora para querer crear una nueva familia de mártires de la ciencia, compuesta exclusivamente por los anestesistas? Nosotros que tenemos un sentido claro y categórico de la realidad, creemos que no. Creemos que los santos y los mártires, hoy por hoy, no tienen nada que ver con la ciencia. Sostenemos, en consecuencia, que el municipio debe pagar a los anestesistas, pagarles bien, de acuerdo con la función que desempeñan, con la importancia de la disciplina que ejerce y por último, d 3 acuerdo con la época en que vivimos. De modo que ellos puedan dedicarse por entero y dignamente a su trabajo, y no a otro.

Los viejos anestesistas, no por su edad, sino por su larga actuación en la materia, los que ejercen las funciones de maestras, deben insistir ante los jóvenes que se inician, sobre la necesidad de abordar el problema con cariño y con la amplitud debida. Insistir todos los días y a cada rato, que el acto anestésico no empieza propiamente en el instante en que el paciente sube a la mesa de

operaciones. No. Debe saber que el acto, siempre que sea posible, comienza unas horas antes, un día o dos, o mejor, con una semana de anticipación. Otra cosa que debe saber, asimismo, es que el acto no termina al finalizar la intervención. Termina, sin excepción, un día o dos o tres después del trámite quirúrgico. Vale decir: cuando está seguro de que no existe ya ninguna complicación anestésica o ninguna complicación, postoperatoria.

No deben tampoco los anestesistas, a nuestro entender, subalternizar su actuación, poniéndose a discriminar cuáles son sus funciones y cuáles son las de sus ayudantes. Esto ¡no reza, naturalmente, para los que honran su ministerio, dentro o fuera de esta sociedad. Esto reza tan sólo, para los jóvenes que emprenden, esta carrera, que a veces creen que si hacen una inyección antes de que se inicie el acto operatorio o que si aspiran una secreción durante la ejecución del mismo, o que si vigilan al enfermo por la tarde o al día siguiente, se rebajan y pierden su categoría universitaria. Estos actos, sin embargo, como muchos otros, al estar íntimamente ligados con la administración de la anestesia, no deben ser nunca subalternizados, sino situados, como todos los demás, en un primer plano, en el plano elevado que le corresponde. Si el anestesista comienza por subalternizar él mismo su función, concluye lógicamente por subalternizar su propia especialidad. Si considera que el enfermero debe dar las inyecciones, aspirar las secreciones, seguir el postoperatorio, sucede que el enfermero a su vez, termina, por creer con razón que él puede desempeñar las funciones del anestesiólogo y reemplazar al titular con sólo aprender el manejo de los minúsculos tornillos de ¡un aparato no mucho más complicado, al fin de cuentas, que un aparato de radiotelefonía de los más modernos.

Pasaremos, ahora, directamente a encarar el tema que motiva la presente reunión.

En cirugía plástica se utilizan técnicas regladas escrupulosamente y hay tiempos operatorios que ofrecen cierta lentitud y que originan en el paciente cansancio, inquietud e incomodidad, fenómenos que no tienen lugar si se emplea la anestesia general.

No es posible prolongar intervenciones, con el enfermo despierto más allá de su límite de tolerancia. Por eso, en estos casos, se impone la narcosis general. En nuestro servicio hemos bregado defendiendo siempre este punto fundamental y condenando al mismo tiempo la aplicación de la anestesia local en la plástica mamaria, en razón de que es inconveniente y peligroso prolongar en treinta o cincuenta minutos una operación de semejante naturaleza, como tampoco resulta correcto y sensato administrar una cantidad de líquido tal que importa un tóxico fuera de todo control. Sin contar las profundas perturbaciones que produce ello en los reparos anatómicos, pese a que se hayan tomado con anterioridad las medidas y se haya hecho la fijación de los jalones necesarios.

Igualmente se ahorra tiempo con la anestesia general durante las intervenciones donde es menester tomar tres o cuatro o más

dermátomos de piel para cubrir en los quemados o traumatizados extensas zonas del organismo, lo que involucraría, si se hiciese con anestesia local, una pérdida de tiempo incalculable.

También es de gran importancia considerar que con la anestesia general se obtiene la inmovilidad necesaria, difícil de conseguir en los pacientes quemados o traumatizados, quienes han sufrido siempre accidentes y en quienes perdura sin solución de continuidad un estado de excitación aguda. En estos casos la intervención sería muy complicada, sin olvidarse que hay enfermos que deben soportar innumerables operaciones, habiendo algunos que son intervenidos sucesivamente hasta el resto de sus días. Conocemos casos de quemados que debieron ser anestesiados en cien oportunidades, con el fin de que se les pudiesen practicar las intervenciones o las curaciones a que fueron sometidos.

Indudablemente, de no existir la anestesia general, estos pacientes no hubieran podido ser tratados como lo fueron, habiendo sucumbido irremisiblemente.

También cuando se quiere infiltrar una zona de cicatrices fibroqueloideas, se tropieza con serias dificultades. Se trata de zonas impenetrables a la solución de novocaína o de cualquier otro líquido que se procure introducir por lo duro y lo compacto de la fibrosis.

La anestesia general no solamente impide que sean alterados los reparos anatómicos o los planos de clivaje, sino que impide también la alteración del trofismo de los tejidos, especialmente en los injertos de piel, alteraciones que podrían poner en peligro el resultado de la intervención.

La anestesia general, por otro lado, nos ofrece una valiosa colaboración en el tratamiento de los traumatizados, en los que se aplican extensos injertos de piel sobre úlceras crónicas, en avulsiones del cuerpo humano, como ser: un miembro, el cráneo, etc.

En los grandes quemados, que son pacientes traumatizados también psíquicamente, a los cuales no se puede tocar a veces ni con los vendajes, practicamos las curaciones bajo anestesia general, tanto cuando se regularizan las granulaciones como cuando se corrigen las posiciones viciosas, y, por último, en la intervención propiamente dicha.

Con anestesia general operamos a los enfermos con heridas y cicatrices fibroqueloideas retráctiles que provocan contracturas de los miembros, de cuello o de otro órgano, determinando las más diversas posiciones anómalas, posiciones, que la cirugía plástica viene obligada a modificar con grandes deslizamientos de piel, con plastias en Z, con colgajos o con injertos:

La anestesia general es de un valor inapreciable e intransferible en las intervenciones sobre cabeza, particularmente en la cara y más todavía en la boca. Las fisuras velopalatinas son tributarias de las narcosis generales e inevitables en los niños, incluyendo en ellos también los labios leporinos, que en los adultos son intervenidos con anestesia local.

A nuestro criterio, la anestesia general constituye un inestimable complemento del éxito de nuestras intervenciones quirúrgicas,

El ciclopropano o el pentothal sódico como agente inductor, son los anestésicos que usamos nosotros ordinariamente. Eventualmente usamos el cloruro de etilo. Para el mantenimiento de la anestesia, el éter por lo regular.

Damos suma importancia a la intubación endotraqueal, sobre todo en los traumatizados truculentos, o quemados, que presentan acentuadas contracturas de cuello o de maxilar, superior y alteraciones en ambas fosas nasales, en quienes resulta extremadamente difícil realizar la intubación. De allí que nos preocupemos de estudiar siempre el caso con antelación, tratando de buscar la solución más viable, con el fin de conseguir una intubación correcta que no ofrezca serios inconvenientes después, en el momento del acto operatorio.

Siempre en nuestro Servicio sedamos previamente a los enfermos. Si es posible, veinticuatro o cuarenta y ocho horas antes de la intervención. La anestesia de base la llevamos a cabo preferentemente con barbitúricos: nembutal, seconal o amital, variando las dosis según la edad del paciente, su estado psíquico o el tipo de operación a que será sometido.

No olvidamos nunca dosificar la anestesia de base, sin llegar jamás a caer en la réplica del sedante, cual sería, la hiperexcitabilidad del enfermo, cosa que nos obligó, en algunas ocasiones, a suspender la intervención.

Aclaremos, de paso, que en nuestro Servicio todo paciente al que se le administra anestesia general queda internado allí, por lo menos veinticuatro horas.

Completamos la preparación del paciente con morfina y atropina, todo de acuerdo con su tasa metabólica, empleando en los niños atropina solamente.

En los lactantes, dado lo pequeño de su capacidad vital, evitamos que luchan con el espacio muerto que existe en los distintos aparatos, prefiriendo que el anestésico le llegue con una corriente de oxígeno, utilizando al efecto el tan difundido tubo en T que evita *el* rebreathmy y da buena oxigenación.

No colocamos la sonda endotraqueal en los lactantes, colocando, en cambio, una sonda nasofaríngea.

No habiendo intubación endotraqueal, se requiere proteger el cavun faríngeo para impedir el deslizamiento de líquidos (sangre, etcétera) hacia el árbol respiratorio, empleando, desde luego, la aspiración permanente. En esta forma siempre conseguimos una excelente respiración sin inconveniente alguno.

En los niños de mayor edad la anestesia con la mezcla éter-oxígeno es más aprovechable, puesto que en ellos apelamos a la intubación endotraqueal.

En las intervenciones sobre el paladar y los labios preferimos que el pasaje» de la sonda sea por vía nasal, ya se haga o no la intubación endotraqueal, en virtud de que ello *nos* permite trabajar con una visión completa del campo operatorio, sin que sobrevenga obstáculo alguno en las maniobras ni en el empleo del abrebecas. Tampoco nos hace correr el riesgo de que la sonda sea tironeada con la pérdida posterior de la intubación.

En cirugía plástica *no* necesitamos planos anestésicos profundos. Necesitamos, eso sí, la inmovilidad del enfermo, ligeramente por debajo del reflejo del vómito y deglución, y cuando necesitamos un plano anestésico profundo es de breve duración, tal como, resulta al tomar los injertos de piel, ya, sea con la navaja o» con. el dermatomo.

En esta forma nuestros **enfermos** no experimentan grandes shocks anestésicos ni tampoco operatorios, por cuanto las maniobras en las intervenciones plásticas no involucran¹ el tironeamiento de tejidos en órganos que puedan sufrir, si no se tiene un plano anestésico profundo

C O N C L U S I O N E S

En primen lugar, **insistimos** nuevamente en que se necesitan Servicios de anestesia bien implantados y mejor dotados, especialistas y elementos de trabajo suficientes y adecuados.

Con las anestias generales la cirugía plástica tiene las siguientes ventajas:

- 1o.—Se evita que el enfermo sufra y se mortifique innecesariamente ;
- 2o.—Se obtiene una inmovilidad segura, muy importante en **la especialidad**, porque ahorra un tiempo precioso, cosa que no ocurriría si se emplease la anestesia local;
- 3o.—No se altera el trofismo de los tejidos, en especial en los injertos/ que se usan **comúnmente**;
- 4o.—Se favorece la mayor manualidad de los tejidos;
- 5o.—Se "acuita la ejecución de grandes intervenciones, sobre todo en los niños, cuya intervención con anestesia local sería complicada y engorrosa.

Por último, se puede controlar debidamente, dentro de lógico, el resultado posterior, sea operatorio o anestésico, al tener un buen plano quirúrgico mediante anestias superficiales.

Relación entre la Hipertensión Arterial General y el Aparato Visual

Por el Dr. J. Gómez-Márquez G,

La hipertensión arterial es uno de los estados morbosos, que afectan a mayor cantidad de individuos en todos los países del mundo. Cualesquiera estudios que vayan encaminados al conocimiento preciso de las lesiones provocadas por dicha enfermedad en los diversos órganos de la economía, debe tener por lo tanto un interés especial para el médico general. Venimos por **ello** a enfocar el problema en relación con una parte del cuerpo humano, habitualmente menospreciada por el médico general: nos referimos al aparato visual. Y sin embargo, por muy grande que sea habitualmente el divorcio que existen entre el médico y los órganos de la visión, basta un ligero análisis para comprender que del examen de éstos, puede el médico práctico obtener beneficios evidentes. Basta considerar que la retina no es en realidad sino una prolongación del cerebro, accesible fácilmente a su minucioso examen en el ser vivo por medio del oftalmoscopio, resultando lógicamente de ello que las observaciones que se hacen de la retina pueden fácilmente ser referidas a los órganos contenidos en el interior del cráneo. Es debido a este hecho que hace ya muchos años un investigador francés llamó a la oftalmoscopia, "cerebroscopia" y que el genial oftalmólogo Baillart al referirse a sus hallazgos en el curso de aquel trábalo ya clásico sobre la circulación, retinia-na manifiesta, que el estudio atento de ésta viene a ser lo mismo que el del una pequeña circonvolución cerebral. Dicho lo anterior se comprenderá fácilmente que para el médico general debe ser de un interés capital el examen atento del fondo del ojo cuando se halle frente a un caso de hipertensión **general**. Ahora bien, el estudio del fondo del ojo en estos individuos ha sido realizado en forma minuciosa por los investigadores contemporáneos; nada nuevo por lo tanto podremos decir de ellos y nos limitaremos, a recordar en líneas generales los importantísimos datos que puede recoger el internista del estudio del aparato visual. Por otra parte creemos que dejaríamos de cumplir con un deber si no detuviéramos la atención en las experiencias clínicas en nuestro país para poder establecer así un paralelo entre lo que los libros **nos** dicen y lo que nuestros maestros o nosotros mismos hemos podido comprobar en Honduras.

El oftalmólogo tiene ocasión de ver las lesiones provocadas por la hipertensión en dos grupos de pacientes distintos: uno de ellos pertenece a las salas de Medicina y se enfrenta a ellos cuando el internista, ante un caso de hipertensión arterial lo llama en consulta para recabar su opinión acerca del estado del fondo del

ojo; el segundo grupo está formado por una serie de individuos que llegan a la clínica oftalmológica por trastornos visuales que en ciertas ocasiones son realmente debidas a la hipertensión, pero que muchas otras veces son producidas por causas bien distintas a ella como trastornos de refracción, etc., y es entonces, cuando en el curso de un examen general del aparato visual, el oftalmólogo descubre lesiones oculares de hipertensión general que hasta entonces ni había sospechado; este grupo es en clínica, universal sumamente numeroso.

Ahora bien, pasemos revista antes que nada a los signos oftálmicos subjetivos de los hipertensos. Estos son principalmente: las cegueras espasmódicas y las "moscas negras" como suelen expresar los enfermos. El primer signo es debido naturalmente a espasmos de la arteria central de la retina. Los segundos pueden obedecer a diferentes causas: unas veces se trata de cuerpo flotantes del vítreo, otras, efecto del edema de la retina o de las; hemorragias retinianas tan frecuentes en estos enfermos. Existen otros signos, también interesantes si *bien* menos frecuentes como son, los puntos negros que si pasan uno detrás de otro: se trata de una visión endoscópica de la circulación retiniana; otras veces el enfermo observa puntos de fuego eme corren durante uno o dos segundos, lo cual es probablemente debido a un glóbulo rojo que al emigrar a lo largo de la vaina vascular o en las capas internas de la retina, tropieza con los elementos sensibles de la misma.

Analicemos a continuación los signos retiniano/s de la hipertensión arterial. Ellos sonrías modificaciones en el calibre de los vasos retinianos, el reflejo vascular, el cruzamiento de las venas y ha arterias, la tortuosidad]de los pequeños vasos y la medida de la presión arterial retinaria.

La disminución *dél* calibre de los vasos retinianos. no tiene ni mucho menos un valor absoluto; se trata únicamente de un indicio, que se observa sin embargo con bastante frecuencia, en los hipertensos; por el contrario es corriente encontrar cierta turgencia 'o engrasamiento de las venas. Otras veces existen irregularidades de las arterias lo cual les da un aspecto arrosariado.

Es frecuente observar los reflejos vasculares bastéate marcados; ello es debido a que las arterias excesivamente repletas por el estado hipertensivo levantan la capa más interna de la retina. Con frecuencia se observa ese fenómeno en los primeros estados de la hipertensión; posteriormente cuando sobrevienen los fenómenos espasmódicos, las arterias se contraen, su calibre disminuye como dijimos anteriormente y el reflejo puede desaparecer. Guando los reflejos arteriales a que hacemos referencia están exagerados se pone de manifiesto el cuadro conocido con el nombre de "hilos de cobre o bríos de plata"; este hecho se pone en evidencia especialmente sobre las arterias estrechadas, de manera que su razón de ser es bien diferente o mejor dicho antagónico del caso anterior; se trata de una exageración del peder reflejante de las paredes arteriales a causa de una degeneración hialina de las mismas.

Uno de los signos más interesantes consiste en el descrito por Gunn el que se refiere a los fenómenos observables, cuando se cruzan una arteria y una vena en el fondo del ojo. En efecto, si la arteria pasa por encima de la vena, la presión excesiva a que está sometida ésta, aplasta la subyacente; ello trae como consecuencia que el curso de esta última se vea interrumpido en una forma más o menos completa: unas veces, el trayecto de la vena desaparece por completo durante un cierto trecho para reaparecer de nuevo. Algunos autores opinan que este fenómeno no es debido a la hipertensión sino a la arterioesclerosis que tantas veces la acompaña, lo cual quedaría comprobado porque el signo es observado en muchos enfermos no hipertensos. Otras veces se invierte el fenómeno y en el lugar del cruce quien pasa por encima es la vena; entonces la arteria ingurgitada hace describir a la vena, que pasa por encima, un codo bien perceptible al observador. En ciertas ocasiones el signo del cruce vá acompañado de una pequeña hemorragia retiniana en ese punto, lo cual se conoce con el nombre de trombosis en miniatura o protrombosis.

Un signo de menos valor es la tortuosidad de los vasos; es particularmente apreciable en las venas y especialmente en las más finas venas maculares, pudiendo llegar a adquirir el aspecto de una espiroqueta; para algunos autores sería la manera de ellas de adaptarse a la hipertensión.

Se comprenderá fácilmente que ninguno de estos signos puede considerarse como datos absolutos para sentar un diagnóstico certero; es lo mismo que ocurre en medicina interna. Pero hay un medio del que el oftalmólogo debe valerse para poder afirmar de una manera clara su diagnóstico y este es la medida de la presión arterial retiniana. Sería por supuesto impropio de esta charla dedicada únicamente a los médicos generales dar detalles acerca de la técnica de la misma. Pasaré por ello solamente a daros una idea en líneas generales de sus principios y de su importancia no ya en oftalmología sino en Medicina Interna. Como todos sabéis, cuando se observan al oftalmoscopio los vasos retinianos, especialmente en el punto en que éstos pasan por el borde papilar, se comprueba que las arterias permanecen inmóviles. Es éste un hecho absolutamente lógico; en efecto, si las arterias retinianas estuvieran sometidas a los mismos influjos de las demás arterias del organismo, se producirían consecuencias sumamente graves para la función visual, ya que la falta de irrigación regular y continua de los elementos más nobles de la retina llevaría consigo intermitencias en la visión.

Existe por ello un equilibrio entre la presión interior de las arterias y la presión que las paredes de éstas deben soportar debido a la presión intraocular. Ahora bien si por medio de *la* artificio se consigue provocar un aumento de la presión intraocular, la pared arterial sufre una sacudida, es decir, se efectúa una pulsación. Este es el principio de la tonometría o medida de la presión arterial retiniana. Se usan para ello ciertos aparatos que manejan por "oftalmólogo, ejercen una presión sobre la pared exter-

na de la esclerótica. El observador efectúa esta maniobra de comprensión del globo por medio del tonómetro, al mismo tiempo que con la otra mano provista del oftalmoscopio observa la papila; en el momento en que se produce la primera pulsación arterial, suspende momentáneamente su observación oftalmoscópica y lee la cifra marcada en el tonómetro; ésta corresponde a la presión retiniana diastólica. Vuelve de nuevo la observación y continúa aumentando la presión con el tonómetro: en el momento en que las pulsaciones cesan, la cifra marcada corresponde a la presión sistólica. Sin embargo, estos fenómenos pueden tener una manifestación espontánea en ciertos casos patológicos. En efecto, si por algún motivo se rompe el equilibrio que debe existir entre la presión; endarterial y la tensión ocular, también se produce el sacudimiento arterial, o sea dicho en otras palabras, el pulso arterial espontáneo de características, por supuesto, patológicas. Así, en el caso de un glaucoma, existe un desequilibrio entre la presión que se ejerce desde el interior de las paredes arteriales y la tensión del medio que baña el vaso. Sucede entonces que en el momento del sístole la sangre que afluye a la arteria central de la retina no encuentra la resistencia adecuada y produce la pulsación. Igual fenómeno se observa en circunstancias opuestas, es decir, en modificaciones de la presión arterial general, como sucede en las insuficiencias aórticas, en las cuales, como todos sabemos la presión diastólica está demasiado baja; igual resultado oftalmoscópico: el pulso retiniano espontáneo. En un individuo normal, debe existir una relación constante -entre la tensión retiniana y la tensión humeral, siendo la primera aproximadamente la mitad de la segunda, es decir unos 35 milímetros para la tensión diastólica y unos 55 para la sistólica. Así cuando en un individuo con hipertensión general la tensión retiniana es superior a la humeral, podremos decir que existe una hipertensión retiniana, es decir, una hipertensión de la circulación cerebral. Digamos aún algo más a este propósito", ¿qué cifras deben considerar tanto el médico general como el oftalmólogo para calificar hipertenso a un individuo? Había el criterio en otros tiempos que un individuo era hipertenso cuando su tensión sistólica sobrepasaba los 170 milímetros. Este concepto en nuestros días ha variado radicalmente. Lo importante no es la presión máxima, sino el trabajo continuo que está desarrollando el corazón y que va medido por su presión diastólica. Y así, dice a este respecto Volhard que el concepto anterior de que no existe retinitis, hipertensiva por debajo de una presión sistólica de 170 milímetros, debe ser sustituido por el siguiente: no hay retinitis hipertensiva por debajo de una tensión diastólica de 100 milímetros.

Aunque someramente, hemos pasado revista a los signos relacionados con la hipertensión arterial; quedanos por lo tanto, señalar cuáles son propiamente las lesiones retinianas debidas, a hipertensión arterial.

Señalemos para empezar, una lesión de capital importancia. Nos referimos al edema papilar. La presencia de él, nos hace pensar siempre en una hipertensión intracraneal, Pero bien, hay dos

problemas que se plantean a este respecto. 1º Si la comprobación del edema papilar en un hipertenso es o no la prueba de una hipertensión intracraneal. 2º Si la elevación de la presión intracraneal es debida simplemente a un trastorno circulatorio o a una causa mecánica y particularmente tumoral.

Acerca de lo primero, hay que manifestar que cuando en un hipertenso general se encuentra un desacuerdo claro entre la tensión arterial general y la tensión retiniana, se debe pensar en la hipertensión intracraneal como factor responsable de ella. Hay autores sin embargo, como Baillard que creen que con mucha frecuencia el edema papilar puede ser debido a causas puramente vasculares. En líneas generales se puede decir que el hallazgo en un hipertenso de edema papilar no indica forzosamente una hipertensión intracraneal. Pero en cambio, si en lugar de un simple edema encontramos un estasis verdadero, las posibilidades de la hipertensión intracraneal son bastante grandes.

Queda por contestar la segunda pregunta; es decir, si una vez admitida la hipertensión intracraneal, se trata de una causa circulatoria o tumoral, lo cual como fácilmente se deduce es de importancia capital, porque se plantea el problema terapéutico, y entre otros, la probable intervención quirúrgica. Si se trata de fenómeno: debidos únicamente a la hipertensión, los responsables son los accidentes hemorrágicos que comprimen el cerebro; en el caso contrario se debe al aumento de la presión del líquido cefalorraquídeo. La única manera de resolver este dilema es ayudarse de los medios auxiliares de diagnóstico, es decir, la radiografía y la punción lumbar que en este caso debe llevarse a cabo con mucha, prudencia.

Queremos decir aún, siempre referente al edema papilar, que si bien en estos casos, como se ha visto, el resultado de la medición de la tensión retiniana *es de un valor indudable, lo es aún mucho más en aquellos casos, en los que no existe el edema franco pero hay oía hipertensión intracerebral oculta; tal es el caso de los tumores de la fosa cerebral anterior en los cuales la aparición del edema papilar es tardío. Aquí pues, la investigación, y la comprobación de la hipertensión retiniana, es de un valor diagnóstico y terapéutico rotundo.

Con frecuencia el edema sobrepasa el disco papilar y llega a la retina, reduciéndose entonces el edema irritado. Cuando éste se produce, enmascara los detalles del fondo del ojo, levantando los vasos, dándoles un aspecto ondulado. La coloración de la retina, parece algo cambiada; en vez de rosada se hace amarillenta; Bonamour por ejemplo se refiere a este aspecto diciendo que la retina está "saculenta".

Muchas veces encontramos las hemorragias de la retina. Estas aparecen bajo la forma de manchas de coloración más o menos oscuras. Se ha dicho con frecuencia que cuando son oscuras, se debe a la ruptura de las venas, mientras que cuando son más claras dependen de igual accidente de las arterias, pero esto es bastante discutible. En cuanto a sus diferentes formas, pueden ser llamadas.

en punteado hemorrágico o en placas. En el primer caso, adoptan una disposición radiada alrededor de la papila; su aspecto es debido a que la hemorragia se ha hecho en la capa de las fibras ópticas. El punteado hemorrágico está constituido por acúmulos de glóbulos rojos (hay que tener en cuenta que cinco o seis de ellos ya son visibles al oftalmoscópico.)

Las placas son las hemorragias más importantes y aparecen frecuentemente cerca de un tronco venoso.

Los exudados son otras lesiones observables en estos enfermos. Aparecen bajo la forma de manchas más o menos amplias irregulares, no prominentes, cuyo tinte varía del blanco mate al amarillo sucio, pasando por \odot 1 gris.

Por último, podemos encontrar las periarteritis y los ameurismas. Las primeras son espesamientos de la adventicia y se manifiestan por un trazo blanquecino alrededor de la arteria. En cuanto a los aneurismas, se deben unas veces a dilaceraciones de las arterias y otras a pequeñas hemorragias que se producen en su vaina; ésta, por estar esclerosada se deja distender poco y no se rompe. Por fin ésta débil barrera cede y se produce una pequeña hemorragia. Ya tenemos producida la apariencia aneurismática.

Hemos pretendido hasta el momento, decir solamente en una forma concisa los principales trastornos del fondo del ojo tanto subjetivos como objéticos relacionados con la hipertensión arterial. Expresamente hemos soslayado hablar de otros estados, habitualmente relacionados con la hipertensión, y que dan en el fondo del ojo cuadros, que tienen una gran semejanza; nos referimos a las retinitis de los brighticos, a las de las gravídicas, y a las diabéticas. Cabe preguntarse cuál es la razón de la semejanza de tales cuadros, porque si bien en todas ellas el factor hipertensivo suele estar presente, éste no es constante. Se reconoce hoy en día, que el factor común es la deficiencia circulatoria, en unos casos debido a fenómenos tóxicos y en otros a hipertensivos desde un principio.

No podríamos en ninguna forma cerrar este modesto trabajo, sin referirnos a las experiencias en Honduras sobre lesiones oculares debidas a la hipertensión. Para ello queremos recordar, como debíamos en un principio, que para el oftalmólogo existen dos grupos de enfermos a este respecto. Aquellos que vá a ver a; la sala de Medicina a requerimiento del internista y los que se presentan en su clínica. Del primero, diremos únicamente, que sólo en raras ocasiones hemos tenido ocasión de observar entre nosotros, las lesiones o los signos propios de la repercusión en el fondo del ojo de la hipertensión arterial. El segundo grupo, se ha podido naturalmente, tener un mejor control por nuestra parte. Para ello, hemos pasado revista a 2338 fichas de enfermos del Servicio de Oftalmología. Para clasificar a los hipertensos nos hemos guiado por el dato de que ya hablamos más arriba, es decir que no deben haber retinitis hipertensivas por debajo de una tensión diastólica. de 100 mm. Hemos encontrado solamente 18 entre los que llenaban! este requisito, lo cual arroja un tanto por ciento de 0.8. De estos 18,

Las Esquizofrenias

Por el Dr. Ramón Álcero Castro

(Concluye)

E POLUCIÓN.—Ya DXS hemos referido anteriormente a la personalidad prepsicótica, a los pródromos y a las primeras manifestaciones. Dijimos que el comienzo puede ser paulatino o explosivo, la psicosis puede principiar como un psiconeurosis psicasténica e histérica, obsesiva o como una depresión, etc. En el período de estado la evolución puede ser, según una de las formas clínicas ya descritas o de mezclas de ellas, entre las cuales la más frecuente es la hebefrenia catatónica, pero notándose también otras combinaciones de curso, principalmente con una forma paranoide que desemboca al final en una catatonía, etc.

Una vez en el período de estado las esquizofrenias evolucionan o bien hacia una destrucción rápida de la personalidad, o bien en brotes sucesivos o de un modo lento y continuado. La primera posibilidad corresponde a las esquizocarias, la segunda a los procesos paranoide³ y parafrénicos y la tercera a las hebefrenias, hebodofrenias y catatonías. Los esquizocarias evolucionan hacia la destrucción de la personalidad en un par de años; la disgregación marcha rápidamente hacia la incoherencia en los diversos sectores psíquicos. Los procesos paranoides marchan por brotes que remiten, lentamente y que dejan una huella. Al final llegan a la falta de sistematización del delirio, a un estado muy disgregado y al embrutecimiento. Las parafrénias, con excepción de las fantásticas no llegan a la demencia, sino más bien a la palidez afectiva- y a la extravagancia. La hebefrenia y la catatonía pueden también evolu-

únicamente ¡uno presentaba una hemorragia macular. Si bien no tenemos a mano, cifras sobre otros países que nos sirvan de medio de comparación, creemos que sí es posible afirmar que ella es infinitamente menor a lo que se observa por lo menos en Europa. Este dato suministrado por nosotros, creemos tiene un valor positivo, ya que por el Servicio de Oftalmología, pasan grandes masas de la población de Honduras, de todas las edades, y que aparte de las molestias oculares que puedan presentar, tienen su patología general como otro individuo cualquiera. A todos estos enfermos se les viene tomando la tensión arterial sistemáticamente desde hace 10 años. No es por lo tanto ya una mera hipótesis la que estamos sentando, creemos que es una afirmación que puede asentarse sobre una base sólida. Bien vale la pena que nuestras aseveraciones sean aprobadas, rechazadas o modificadas parcialmente por nuestros compañeros, puesto que el hecho de afirmar la rareza de la hipertensión arterial en Honduras, es nada menos que excluir de nuestra patología, a lo menos en gran escala, una de las causas de la morbilidad y de la mortalidad más grandes que existe en el mundo.

cionar por brotes que se acercan cada vez más y van dejando un defecto esquizofrénico cada vez más profundo. Otras veces la evolución es progresiva. Hay formas simples que tienden a la remisión por lo menos en un elevado porcentaje de casos.

La mortalidad de los esquizofrénicos se considera tres veces mayor que en el promedio de la población, pero la duración de la enfermedad en cada caso es generalmente considerable. Las causas más frecuentes de la muerte son: los edemas cerebrales, los síntomas cardíacos y las enfermedades intercurrentes (neumonía, tuberculosis, infecciones agudas, etc.)

DIAGNOSTICO.—Para llegar al diagnóstico precisa considerar el conjunto del cuadro clínico, tomando en cuenta los factores hereditarios, la constitución, la personalidad prepsicótica y el curso de la afección. El diagnóstico diferencial implica el de casi todos los cuadros psiquiátricos.

Para la diferenciación con la psicosis maniaco depresiva ayuda la consideración de la constitución corporal atlética, displásica o leptosomática, en los esquizofrénicos y pícnica en los otros. En la P. M. D. la personalidad queda intacta o casi intacta después de cada fase, lo que ya hemos dicho que no sucede en las esquizofrenias. La tendencia al chiste y la impertinencia de los hebefrénicos pueden dar origen a confusión con la manía, pero; en la hebefrenia se destacan la rigidez del pensamiento y la vacuidad del contenido de sus expresiones, lo que no sucede con los maníacos, de alegría contagiante y mucha gracia. En el maníaco hay un flujo de ideas y en la hebefrenia una disgregación. No hay que olvidar sin embargo que en algunas excitaciones esquizofrénicas hay un verdadero flujo de ideas. El conjunto del cuadro clínico dará la diferencia mostrando en el maníaco mayor facilidad de comprensión psicológica; en favor de la manía hablan: "la impresión subjetiva en la espontaneidad del temple; en la reactividad de la personalidad y en la comprensibilidad de sus manifestaciones" (Bumke).

El diagnóstico de las formas depresivas de la esquizofrenia con las depresiones de las psicosis maniaco depresiva puede ser difícil. Se dice que la tristeza del esquizofrénico es fría, indiferente, que no contagia. El curso de la esquizofrenia mostrando la impulsividad, manierismos, negativismo, esteretipias, etc. aclarará la duda.

La epilepsia puede dar lugar a un diagnóstico diferencial. No se sabe cuáles sean las relaciones entre las dos psicosis. Los ataques que tienen los pacientes esquizofrénicos son más psicogenos que comiciales. Los delirios confucionales epilépticos son difícilmente diferenciales de la incoherencia esquizofrénica. Nuevamente hay que atenerse a la historia y al curso.

Para el diagnóstico diferencial con la paranoia hay que basarse en la falta de embrutecimiento de la última. En la paranoia hay una perfecta sistematización del delirio, que se pierde en las formas paranoides de la esquizofrenia. La diferencia con los síndromes psiconeuróticos se basa en la diferencia de la afectividad en

ambos casos y en la ecisión de la personalidad que¹ pueden descubrirse en el fondo de aparentes manifestaciones neuróticas. Los matices histéricos que vemos en algunas esquizofrenias no deben hacer derivar nuestra atención hacia la histeria, sólo. Entre los cuadros de naturaleza histérica la pseudodemencia puede ofrecer grandes dificultades diagnósticas; existen en la pseudodemencia para respuestas que hay que diferenciar de las para respuestas catatónicas; en las primeras se nota intención de tener que actuar como enfermo, mientras que en las últimas hay una espontánea falta de relación con la pregunta hecha. Los estados psicóticos carcelarios con introversión y autismo se diferencian de las esquizofrenias por la falta de los síntomas característicos (robo del pensamiento, disgregación, trastornos afectivos típicos, etc.)—Más difícil es la separación con los cuadros consecutivos a la encefalitis epidémica; la anamnesis es de primordial importancia en la distinción; falta una verdadera disgregación del pensamiento y sobre todo falta el robo del mismo, los pensamientos impuestos, etc.—Los trastornos afectivos no llegan a la ambivalencia ni al embotamiento.—Los síndromos de excitación **ansiosa** son considerados por Bumke como estados mixtos maníaco depresivos; van generalmente asociados a las formas depresivas y sobre todo a las formas climatéricas.

Las psicosis climatéricas son fáciles de diagnosticar como cuadro general; la dificultad existe en el problema de su naturaleza. Se admite que muchas de esas psicosis son esquizofrénicas. Es frecuente **encontrarlas** en los que tienen historia de un episodio anterior, una personalidad esquizoide o una historia familiar de esquizofrenia. Algunos casos pueden seguir un curso como el de las esquizofrenias procesales yendo a terminar en la demencia. Por lo menos es muy probable que todas las psicosis climatéricas, incluyendo todas las formas depresivas, tengan un componente esquizofrénico. Muchos de esas psicosis que aparecen tardíamente y sobre todo en mujeres de cuarenticinco a sesenta años se manifiestan como verdaderas parafrenias tardías.

No presenta un problema la diferencia en las psicosis y generalmente la de la parálisis general progresiva y la sífilis cerebral en general.

Los estados esquizofrénicos deficitarios avanzados pueden ser de difícil diferenciación con las oligofrenias intensas, sobre todo por la dificultad de contacto que presenta el esquizofrénico. También presentan, dificultad de **diagnóstico** las psicosis alcohólicas; los esquizofrénicos pueden presentar episodios alcohólicos después de los cuales la psicosis se haga más notoria. Hay quienes creen (Bleuler) que hay siempre una relación entre la esquizofrenia y las alucinosis de los alcohólicos. **Bumke** admite como posible que padezcan de alucinosis los alcohólicos con herencia esquizofrénica.

Las psicosis sintomáticas muchas veces no son más que desencadenantes de un mecanismo esquizofrénico, maníaco depresivo, epiléptico o de otra naturaleza. Las psicosis puerperales tienen características esquizofrénicas en la tercera parte de los casos.

TRATAMIENTO. — Nos hemos ocupado ya en otra ocasión (3), al tratar de la somatoterapia psiquiátrica de las curas por choques con insulina, cardiazol y electricidad. También nos referimos a la narcosis permanentes y a las menos útiles o casi útiles terapéuticas por hormonas y fiebre. Mencionamos también las lobotomías prefrontales a las que hay que agregar ahora otros procedimientos psicoquirúrgicos como la topecmía, girectomía y talamotomía. Terminemos por hoy citando solo de pasada los choques con histamina y acetilcolina y la electronarcosis.

La terapéutica por los diversos procedimientos chocantes empleados solos o combinados ha mejorado el pronóstico de las esquizofrenias haciendo remitir en menos tiempo muchos de los brotes e influyendo también favorablemente la evolución de las formas progresivas. Es dudoso que pueda hablarse de algo más como resultado de éstas terapéuticas. La psicocingía ha logrado mejorar gran número de pacientes no influenciados o sólo mejorados temporalmente por los procedimientos de choque. Tanto unas terapéuticas como las otras ponen al paciente en mejores condiciones para un tratamiento psíquico. La terapéutica por el trabajo y los entretenimientos en sociedad y los demás procedimientos psicitéricos ayudan mucho a que los pacientes logren una readaptación social y a que muchos de ellos puedan vivir fuera de los estio adecuado que pueden volver a gran parte de sus anteriores ocupaciones.

EJEMPLO

T. F.—21 años. Sexo masculino. Soltero. Nacido en Comayagüela; Bachiller en Ciencias y Letras y P. M. Servicios Requeridos: Peritaje sobre salud mental. Personas que informan: Tía del examinando. El mismo examinando.

Antecedentes familiares.—Padre: murió en 1944 a la edad de 52 años, en Tegucigalpa, se dice que de insuficiencia cardíaca.

De él se informa que vivió con su familia en M. de O., y precedentes de S. L. como hasta la edad de 14 años. De esa edad abandonó M. de O. porque enfermó no se sabe de que, adelgazando mucho. Vino a Tegucigalpa en donde estudió y se graduó de Perito Mercantil. Después viajó por El Salvador a donde se dice que fue por una enfermedad mental; y por la Costa Norte de Honduras. En 1926 regresó P M de O. donde pronto lo emplearon como Secretario Municipal. En el año anotado entabló relaciones amorosas con M. S. a quien conocía desde su niñez. Seis meses después de iniciadas las relaciones, se casaron y continuaron viviendo en el mismo pueblo como por 2 años. Se dice que él era brusco y la esposa nerviosa, siendo la adaptación matrimonial muy mala con frecuentes riñas. Después de una de ellas la señora se exaltó mucho y quemó su ajuar de novia.

Antes de terminar el segundo año de casados él se fue a trabajar fuera de M. de O. cerca de C. Su esposa quedó sola,

embarazada y pronto fue a trabajar a S. en Magisterio; pero a los pocos meses renunció por la proximidad del parto y regresó a Tegucigalpa donde nació su primer hijo. En Tegucigalpa se le unió su esposo, quedándose algunos meses en la mencionada ciudad pasando después a C. como en 1928 o 29, dedicándose por entonces a actividades comerciales. La irregularidad en la relación matrimonial continuó como antes, maltratando el esposo a su cónyuge de palabra y de hecho.

Como en 1932 o 33 él se fue al Norte del país estableciéndose en T. y tratando de mejorar su salud de continuo quebrantada por padecer, se dice, del estómago, malestar general, nerviosismo e irritabilidad del carácter. La esposa continuó manejando la pequeña tienda.

El esposo regresó en 1936. Su vida continuó siendo mal adaptada en el matrimonio y otras relaciones sociales. La mayor parte del tiempo permanecía sólo, acostado, o se iba al campo por el que vagaba muchas horas diarias; siempre irritable reñía con frecuencia con su esposa; en dos ocasiones estuvo cerca del divorcio faltando la decisión por parte de él. Hacia su hijo era frío e indiferente.

A fines de 1936 se fue a T. en donde puso una tienda que manejaba un dependiente. La esposa se vino a Tegucigalpa a trabajar en el comercio y para aprovechar las posibilidades de educar a su hijo. En 1937 nació el segundo **hijo**. El padre permaneció en T. hasta 1944 en que se trasladó a Tegucigalpa con enfermedad. Estuvo mes y medio hospitalizado en el Sanatorio El Carmen en donde pasó a casa de su esposa en donde murió 15 días después de salir del Hospital.

Madre.—Hija cuarta del matrimonio de A. S. y B. D.

Nació unos días antes de la fecha calculada. La madre tuvo sarampión al final del embarazo; y se dice que la hija nació con sarampión. Fue criada al pecho. No se da informe de la primera infancia.; en la segunda fue nerviosa, lloraba mucho, era voluntariosa y fue la que más guerra dio en la casa. Vivían en el campo, se relacionaba con sus hermanos, primos y amigos a los que dirigía siempre ella era el jefe. **Permanecía** siempre fuera de casa, permanecía siempre jugando. No obedecía cuando se le daba órdenes alegaba mil cosas hasta terminar por no hacer lo ordenado. A los 9 o 10 años fue a la escuela, fue aplicada, SR llevaba bien con las compañeras y profesoras. A esta edad también era amigable en su casa, siendo un poco mimada por ser menor que las otras hermanas. Al terminar la primaria estuvo sin estudiar por 7 años, dedicándose durante ese tiempo a varias labores de hogar, costura, arreglo de la casa y vendiendo en una tienda de la familia. Le gustaba leer y escribir versos. Disfrutaba de las fiestas. A los 21 años vino a Tegucigalpa a estudiar Magisterio. Hizo sus estudios con alguna dificultad de adaptación por disparidad con la edad de las compañeras. Además desde antes de venirse a estudiar había principiado a sufrir un estado de nerviosismo; se había hecho irri-

table exaltándose cuando se contrariaba regañando mucho y diciendo cosas sin tacto. Se imaginaba que no la querían o que la despreciaban. Mientras estudió dominó su irritabilidad y se distinguió en sus estudios; al terminar estos volvió a M. de O. yendo pronto a trabajar a un pueblo cercano del que regresó al poco tiempo por haberse cerrado la escuela. Al año siguiente trabajó en O. y al siguiente, en 1926 en M. de O. Ese año se casó, antes había tenido muchos enamorados pero quería sólo a uno; este salió del país enfriándose las relaciones, a pesar de lo cual ella seguía fiel a su amor. El murió en 1925 y ella casó al siguiente año. La relación matrimonial fue siempre defectuosa, ella siempre irritable y él uraño y brusco. Ella hizo muchos esfuerzos por llegar a una armonía pero por una razón u otra la discordia persistió. Se separaban por largos períodos; manteniendo siempre relaciones obligadas por hijos y negocios. Tuvo dos hijos; no abortos. Durante el primer embarazo al cabo del primer mes tuvo manifestaciones anormales en su comportamiento; hablaba mucho, regañaba, insultaba, se mostraba resentida con todo mundo, culpaba a su hermana por haberla permitido casarse. Fue entonces cuando quemó su ajuar de novia. Estas manifestaciones persistieron hasta varios meses después del parto. Después volvió a su estado anterior, siendo irritable pero tratando cariñosamente a las personas. Durante el segundo estuvo con tos, débil, con edema de una pierna. Su irritabilidad psíquica aumentó de nuevo, lloraba y regañaba. Se preocupaba por dificultades económicas y como que no deseaba tener su hijo. Nunca le gusto la vida de hogar; tenía más inclinación por las letras pero tuvo que dedicarse a sus negocios y a sus hijos.

Cuando murió su esposo se desesperó mucho; guardó luto en la forma que acostumbran sus familiares y su clase. Se hizo cargo del negocio de T., el cual se mantuvo independiente hasta el año de 1948. Vendió una tiendecita que tenía su esposo en C. Después vendió la de C. y con *eso* y un préstamo del Ahorro H. compró en C. un solar y construyó una casa en la que vivió desde 1946 hasta su muerte en 1949.

Los padres de la señora S. de C. no padecían de enfermedades nerviosas. Ha habido muchos enfermos mentales descendientes del matrimonio de la abuela de la misma con su primer esposa que no fue la abuela de doña M. De las hermanas de esta ninguna tiene manifestaciones mentales. Un hermano de la misma se describe como de temperamento fogoso, sofocado, se incomoda fácilmente. Otro hermano murió asesinado en 1923 era estudiante de Medicina. No se supo quien era el asesino ni los móviles del asesinato.

Familia del Padre de T. — Un hermano, C. C. era violento. Asesinó en una revolución a un señor enemigo político. En una ocasión estando ebrio quiso matar a su esposa. En 1948 en un pleito mató a su contrincante y él murió en la reyerta (a pistola).

Historia personal del examinado. — Nacido de un parto a término normal, atendido por enfermera Obstétrica quien llamó después a un médico. Recuerda la tía que la cabeza era muy grande. En los primeros meses tenía dificultad para orinar y le hicieron una operación peniana temporal que a Los 5 años fue completada (Circuncisión). Amamantado por su madre por pocos meses; después lactancia artificial con leche en polvo. Precoz en el aprendizaje del lenguaje, hablaba con bastante corrección al primer año. De un año principió a caminar. Mostró buena memoria desde temprana edad, y desde entonces comprendía conceptos que se aprenden a edades más avanzadas.

Entre 6 y 7 años se descubrió que tenía una fuerte miopía. A los 6 años fue a la escuela primaria la cual terminaba a los 11; inició a continuación el bachillerato el cual terminó a los 16. En secundaria fue también buen estudiante muy dedicado y con buen aprovechamiento, al terminar bachillerato estuvo sin estudiar un año el cual dedicó a vigilar la construcción de la casa de su madre llevando la administración. Recibía también clases de inglés. En 1946 principió a estudiar Comercio, por equivalencia. En 1947 fue aplazado en una clase la cual llevaba retrazada durante el año escolar 48-49 este año escolar trabajaba en la C. H. y estudiaba para su examen general que quería hacer al aprobar la clase retrazada.

Sociabilidad: desde pequeño fue solitario. Al salir de la escuela regresaba a su casa en donde jugaba generalmente solo. Era travieso, deshacía los juguetes y a veces los armaba de nuevo; era sumiso; en vacaciones cuando iba a M. de O. generalmente permanecía solo, leyendo la mayor parte del tiempo. Tenía pocos amigos con los cuales iba al campo; no reñía con los compañeros. Para ser muchacho era demasiado correcto.

Como a los 15 años notaron un cambio en su carácter. Se hizo violento, se contrariaba fácilmente, era muy egoísta. En los años siguientes se le notó muy decaído; pasaba acostado muchas horas del día; no tenía deseos de nada. La familia dice que a él le preocupaban sus ojos los cuales tenía que esforzar mucho en estudios y trabajos. Era siempre serio sobre todo en la Oficina.

No practicaba ningún deporte,- se divertía yendo al cine, saliendo por las tardes después de cena; regresando a casa entre 9 y 11 de la noche. Casi no asistía a fiestas; parece que tenía pocas amigas, a quienes trataba poco. No saben si tenía novia; en años anteriores tenía correspondencia con una colegiala de Estados Unidos, y después con unas de La Ceiba. Aficionado a la fotografía desarrolla sus negativos e imprime sus fotos. Coleccionaba estampillas y monedas. Ha fumado poco, más en pipa y a veces cigarrillos. Sus parientes no saben que haya sido adicto al alcohol ni a otros tóxicos.

Historia del Delito.—Ninguna de las dos informaciones dicen haber estado presentes cuando el 28 de enero de 1949 T. F. dio

muerte a su madre. Su hermana de crianza refiere que en los meses que precedieron al hecho T. F. se había hecho más retraído, más raro; que se notaba que estaba enfermo. Por la sirvienta que acompañaba a doña M. hasta el día de su muerte se informa que la noche del 28 T. F. aparentemente trató de quitarse la vida cortándose las venas de los antebrazos y el cuello; que su madre quiso lavar las heridas a lo que él se opuso y que pocos minutos después fue al dormitorio de él de donde trajo un crucifijo el que mostró a su madre y a la sirvienta ordenándoles que rezaran; que después fue a la pulpería de la casa de donde trajo una báscula, con la que se precipitó sobre su madre dándole muerte.

Datos tomados del expediente del Juzgado. El 29 de enero en el interrogatorio hecho por el Juez, T. F. C. S. dio correctamente su nombre, edad, estado civil, profesión, origen y nombre de sus padres. Dijo saber que se le procesaba por haber dado muerte a su madre. Declaró que desde algunos días antes sufría alucinaciones extrañas: que no recuerda la hora y que la noche anterior se levantó y cometió el homicidio; que no sabía lo que hacía, que hizo mil locuras más siempre bajo la influencia de esas alucinaciones, que trató de cortarse las venas del cuello; que no había tenido ningún disgusto con su madre, que eso fue pura desgracia; que se arrepiente; que después del hecho llegó la policía y le capturó y que él se opuso a tal captura y huyó.

En la firma de la declaración hay una equivocación. Al escribir S. principió a escribir por segunda vez C; y sobre las tres primeras letras de esta palabra escribió S.

La sirvienta de la casa (J. S. declaró que el 28 de enero del 49 corno a las 11 p. m., 'i. F. se levantó llevando un crucifijo en las mancas; fue a despertar a su madre y le dijo: "Mamá reza háceme el favor, que u.¿ espíritu malo se ha sentado en la orilla de mi cama". Volvió después a su dormitorio lleno de furia; andaba ensangrentado el cuello, pecho y manes. Volvió después al dormitorio a su madre, en donde estaba la disente, a quien tomó por los puños soltándomele ésta. La señora S. v. de C. le reconvino diciéndole "¿Qué es eso T.". Este contestó: "Cállate si no quieres que te meta tu sopapo". Acto seguido T. F. se fue hacia la pulpería que ellos tenían, creyendo la sirvienta que de allí saldría a la calle; pero Seguidamente T. F. regresó trayendo en sus marcos una báscula de hierro, y ordenó a su madre y la sirvienta: "Acuéstense, acuéstense". Después T. se dirigió hacia su madre en actitud de golpearía; la madre al notar esto trató de sentarse en su cama, levantando las manes en actitud de súplica, diciéndole: "No hijo, no hagas eso con tu madre", contestando él: "¿Y por qué no, qué importa?" y a continuación la golpeó la cara y cráneo hasta matarla.

El señor R. B. quien vio a T. F. 2 horas después del homicidio dice que éste explicó que había matado a su madre porque el espíritu del diablo se había encarnado en ella, y que para salvar a la

humanidad tenía que matarla. Dice el mismo señor que el homicida tenía aspecto no natural; los ojos con un brío feo, los cabellos desordenados. Que pidió que le llevaran ropa para dormir, mientras se paseaba en la celda policíaca.

Entrevisto al acusado el 25 de junio de 1949. Le encuentro en una habitación de la Penitenciaría Central, sentado en su cama con los pantalones desabotonados como buscando algo cerca de los genitales. Nos recibe con cierta cortesía, se disculpa de no darme la mano porque estaba tocándose unas ronchas que le habían aparecido recientemente en los muslos, pide permiso para ir a lavarse y después va a la sala que se nos ha destinado para el examen. Está con los cabellos poco cuidados, la barba crecida; usa lentes, está en camisa y lleva los pantalones sin faja (explica que esto último se debe a una disposición reglamentaria, de la P. C. Su comportamiento es bastante adecuado, cortés, habla con voz suave, pronunciando bien las palabras y repitiendo de vez en cuando algunas de ellas.

Me da los siguientes datos: Cree que su salud ha sido buena hasta diciembre de 1949, y que en esa fecha sintió una debilidad cuya causa desconocía. Por ella estuvo tomando Vitaminas. Dice era una debilidad rara que le había quitado hasta el entusiasmo, de estar con su novia. Que sufría de frecuentes poluciones nocturnas, cada tres días por lo menos. Que buscó un médico quien le dio una medicina que él tomó sin resultado. Que desde como tres años antes el Doctor le trataba por la vista y que como ya padecía de poluciones nocturnas le recomendó relaciones sexuales. Que para las fiestas de Pascua del 48 se embriagó como 3 veces. Que el 28 de diciembre notó que el alcohol le había afectado 3a mente; porque tuvo una manifestación impulsiva e ilógica de irse a Sur América, proyecto en el que había pensado varias veces en los meses anteriores. La mencionada noche estando bajo el efecto del alcohol preparó su ropa para el viaje, tomó su valija y emprendió a pie el camino a Sur América, yéndose por la carretera de] Sur. Llegó hasta La Granja porque se sintió cansado y de allí se regresó también a pie.

Dice que en enero principió a notar ideas absurdas y continuó sintiéndose raro; se sentía perplejo no sabiendo a que atribuir su inestabilidad; notó cierta extrañesa de sí mismo e inhibición hacia el sexo femenino, teniendo también: "inhibición contraria, es decir, rubor ante el sexo masculino". Se creyó víctima de una enfermedad rara de lo que no tenía remedio y se preocupó mucho por ello llegando en la noche del 28 de enero del 49 a intentar suicidarse. Ya antes, en los últimos 3 años, había tenido ideas suicidas. En el mencionado mes de enero del 49 sentía que su vitalidad no duraría mucho y tenía la idea de terminar de vivir antes de llegar a enloquecerse. Le preocupaba la disyuntiva de saber si él era o no un enfermo mental. Se sentía poseído de influencias extrañas; recuerda en esos días se le quedó viendo a un gallo y que el animal no

pudo resistir su mirada y dio la vuelta. Esto lo interpretó él como una forma de vitalidad anormal.

La noche del 28 de enero del 49 se sintió más desesperado, ese día había notado sensaciones raras al estar con otros hombres. Fue así que decidió suicidarse y se cortó la piel del cuello y de los antebrazos. Después que sangró un poco sintió que se curaría; pensó que toda su enfermedad no era más que un ^envenenamiento de la sangre y que con la que había perdido creyó que había salido el veneno, sentía que ya no moriría; Se sintió entonces iluminado de una gran fe religiosa; fenómeno novedoso en él que se había retirado de la fe y que en los últimos años había buscado la explicación de la verdad del mundo y la persona de la lectura de Filósofos, entre los que recuerda a Schopenauer. Pensó no moriré; Dios no ha querido que muera; debo darle gracias; de hoy en adelante seré religioso. Inmediatamente buscó en sus habitaciones la Biblia, la que no encontró. Fue entonces cuando buscó a su madre para que ella le iniciara en la religión de la que él no recordaba nada. Su madre en vez de atender a su súplica se preocupó más con su estado físico y quiso lavar sus heridas y llamar a un médico. T. F. interpretó esto como que el pecado original había hecho presa en su madre y que la culebra se había introducido en ella transformándola en un ser maligno motivo por el cual ella se negaba a aceptar sus ideas religiosas. Creyó que el agua caliente que preparaba era con objeto de que su sangre no coagulase y darle así muerte. Se sintió convencido de la maldad de su madre a quien creyó la causante de todos sus males del mundo, creyó que era un ser malvado que no quería ayudarlo cuando él había encontrado por fin la verdad en su súbita conversión religiosa. Dice que recuerda todos los detalles del acontecimiento; que al llegar la policía creía todavía que no había hecho nada malo; .que un empleado de la policía le dijo algunas horas más tarde: "Tu mamá no ha muerto sólo está herido" y que él mismo no sabía si estaba vivo o muerto; se reconocía en una prisión, pero viviendo una vida de la que ya

no moría. Antes del delito no sabía si su estado era de enfermedad, nunca había oído hablar de estados semejantes como enfermedades y se creía perdido quizá con una enfermedad nueva y rara; esa enfermedad podría ser de la sangre y cree que desde febrero hasta la fecha ha mejorado debido al régimen a que está sometido; que no se desvela y que no come carne, se siente ahora diferente a como estuvo en diciembre y los meses que le siguieron. Le parecía en aquel entonces que su cerebro no se localizaba en su cabeza cree que en su enfermedad había influido algo las veces que tomó bebidas espirituosas en diciembre; el estado de disgusto que le causaban las poluciones y tal vez una situación de agotamiento ya que no se considera que ha sido de buena salud. Recuerda bien que el día que cometió el delito fue a la oficina y que iba a renunciar al trabajo porque se sentía muy mal pero quería terminar el mes, recuerda también que habló con un compañero de clase.

Interrogado que si siente pesar por lo sucedido contesta que esa fue una cosa circunstancial, "Mi mamá no fue causante de nada; sólo fue víctima; no discutíamos ni nada; pesar por la pérdida irreparable de ella y luego la pérdida de la libertad. Ya son cosas que lo preocupan a uno y además no estar uno en su estado normal. Estar uno un poco enfermo".

Refiere que pasa leyendo la mayor parte del tiempo debido sobre todo a que no se ha sentido con ánimos de emprender ningún trabajo que lo que le molesta más actualmente es la falta de libertad y en segundo lugar no estar todavía completamente bien debido tal vez, "al efecto de tanta cosa: la pérdida esa, la vergüenza de uno; las noticias difundidas le afectan a URO. La opinión de mucha gente amiga mía que no me creía capaz de hacer una cosa. Así puede haberse cambiado. Además tengo tristeza de ánimo, no seguido, pero un estado que no es muy ameno. Ya ve que ser uno causa de su misma, ruina. . . Si hubiera sido un acontecimiento natural no sería tanto mi tristeza. Ya ve; mi hermano pequeño. . . Dejarlo así... Por mí mismo también porque mi mamá era mi mejor amiga y yo la quería mucho.

Declara que ahora sí se arrepiente; que se culpa a sí mismo y a las circunstancias; "Las circunstancias' que me abatieron. Un encadenamiento de cosas pequeñas; buscar la Biblia que no hallé; no hallé la llave en los pantalones; la Biblia habitualmente estaba en un armario pero ese día no estaba allí".

Cree que hace 3 meses ya no tiene ideas absurdas que hasta ese tiempo tenía miedo y con frecuencia pensaba que no moriría o que estaba muerto pagando su pena. Cree que a su estado mental había contribuido la lectura de Filósofos sobre todo Schopenhauer y sobre todo sus escritos sobre el pesimismo; cosas que ahora no puede recordar bien pero que en su anterior estado pensaba con frecuencia en ellas y trataba de ponerlas en práctica. Por ejemplo: "Cómo suprimir la voluntad en todo. No recuerdo cómo podría hacerse". En la P. C. le dieron la Biblia y cree que al leerla

se ha ido normalizando, leyendo sobre el arrepentimiento: "Uno no quiere morir con un pecado tan grande". Dice que se ha confesado con unos padres que visitaban la P. C. hace como 3 meses.

El día de la exploración sabe que es viernes pero ignora la fecha porque, dice, que no le ha tomado interés al tiempo desde que estar recluido. Sabe que esta en la P. C. Aunque no me conocía antes me identifica correctamente porque su familia le había anunciado que llegaría para examinarle. Identifica nuestro acompañante como un médico, porque le atendió las heridas cuando llegó y además ha oído, decir que es médico; sabe además que esta preso (el acompañante es un reo que hace de asistente de enfermería).

Interrogado sobre sus planes dice: "Cuando salga de aquí pienso vivir una vida lo más cristiana posible. Siempre he deseado hacer una granja; me ha atraído el cultivo. La vista me ha molestado". No sabe cuándo saldrá de la P. C. muchos le han dicho que pronto. Interrogado cómo se castiga un homicidio dice: "No se, no he sabido. He sabido de la pena de muerte pero no he sido partidario de ella". En cuanto a mi vida futura no creo que será mala en ningún sentido. Interrogado si cree que debe ser castigado responde: "No se, es bastante castigo perder un ser querido. - Demasiado triste es andar en periódicos.

"Hubo un mes en que mi vida era un caos en que iba resbalando hasta que caí. Traté de evitar todo, me iba a ir de vacaciones. Nunca creí que me pudiera suceder alguna cosa así".

28 de junio de 1949 exploración de las alucinaciones siguiendo la adaptación Cinbal que publica Vallejo Nájero en su propedéutica de Clínica Psiquiátrica.

¿Ha observado algo que no puede explicarse? La situación esta; el hecho de que yo hiciera esto; porque en realidad no he ganado nada. Y yo analizo que fue lo que me motivó y no lo hayo.

¿Se siente intranquilo? Algo sí, algo.

¿Ha oído voces de personas extrañas o desconocidas? Cuando estuve en la policía sí.

¿Oye voces sin saber de dónde vienen? No, ahora no.

¿Eran ruidos o voces bien claras? Ruidos y voces.

¿Entendía lo que decía? Sí, eran pláticas respecto al trabajo.

¿Le llamaban por su nombre? No.

¿Se trataba de voces misteriosas? No me asombraba de ellas porque me parecía que venían de personas a quienes miraba y a quienes equivocaba identificándolas con las personas cuyas voces oía.

Las siguientes preguntas tienen respuesta negativa ya que el paciente no ha vuelto a tener alucinaciones auditivas desde que fue trasladado a la P. C. Explica él que en aquel tiempo y hasta hace pocos días le ha aparecido que lo que piensa lo perciben los que le rodean.

Investigación de alucinaciones visuales de resultado negativo por el momento; cuando el paciente llegó a la P. C. tenía la impre-

sión de que estaba en el Purgatorio de tal manera que la identificación del ambiente con aquel debe considerarse como resultado de la actividad delirante más que como efecto de interpretación alucinatoria visual. Tampoco ha tenido alucinaciones olfatorias, gustativas, táctiles ni cinésicas. Tuvo al principio alucinaciones de localización espacial: le parecía que su cuerpo no tenía un límite determinado. Recuerda que una vez vio un ratón que se acercaba, pero que él no podía determinar la lejanía o cercanía del animal ya que le era imposible limitar la propia extensión de su cuerpo. En relación con esto dice: "Si mis pensamientos eran buenos; mi pensamiento o mi cerebro Lo recibían el animal".

Sentía también liviandad de su cuerpo y se imaginaba que se iba a levantar del suelo.

La exploración de la memoria por la prueba de repetición de cifras da una repetición normal para seis cifras. La prueba de la noticia la repitió en la siguiente forma: "Incendio de tres casas. Villanueva 5 de septiembre. Tres casas incendiadas. Un bombero se produjo graves quemaduras de la mano al querer salvar un niño".

En el test de numeración de objetos, e número 7, de doce que contenía la lámina (normal).

Exploración de la orientación

Sobre el medio próximo.

¿En qué se ocupa actualmente? Leo.

¿Cuénteme sus ocupaciones? R. Leo solo.

¿Dígame las clases de prendas que lleva puestas? R. Pantalón, calsoncillo, camiseta, camina, calcetines, zapatos, anteojos.

¿Dígame lo que tiene en la mano? R. Nada.

¿Está usted en pie, sentado o echado? R. Sentado.

¿Levante la mano izquierda? K. Correcta.

¿Haga el favor de cruzar los 3 primeros dedos de la mano izquierda. R. Correcta.

¿Qué distancia existe desde usted hasta la ventana? R. Un metro.

¿Y hasta la pared? R. Dos metros.

¿Con los ojos cerrados señale la puerta, la ventana, sus pies, el escritorio. R. Todas correctas.

¿Qué hay cerca de usted? R. Escritorio, armario, puerta, bandeja, libro, usted.

Sobre el Medio Lejano.

¿Dónde estamos? R. Pendenciaría.

¿Qué clase de casa es esta? R. Cárcel.

¿En qué ciudad? R. Tegucigalpa.

¿Qué clase de habitación es la que ocupamos? R. Un cuadrado. No es celda corriente. Para escribir.

¿En dónde duerme? R. En una celda.

¿Quién duerme a su lado? R. Un lado dos muchachos; al otro lado 3 o cuatro, no sé sus nombres.

¿Qué clase de gente viven en esos cuartos ? R. Uno es correcional; se llama Arnaldo. Unos reos y otros correccionales. ¿Me conoce usted? R. Desde que vino la vez primera.

Orientación en el tiempo.

A presente

¿Dígame la fecha de hoy ? R. Como 27 de junio de 1949. (28).

¿Estamos en Primavera, Verano, Otoño o Invierno? R. En invierno.

¿En qué mes principia el Invierno? R. No me acuerdo; como en marzo.

¿Qué día de la semana es hoy? R. Martes. OK

¿Qué hora es aproximadamente? R. Después de mediodía, como las 3. OK

Pretérito Próximo.

¿Cuánto tiempo hace que estamos hablando? R. Como media hora. OK

¿Dónde durmió anoche? R. En la celda de siempre.

¿Dónde estaba hace un mes? R. En la misma.

¿Hace un año? R. En mi casa, cerca del O. en la calle once y tercera avenida.

¿Dónde pasó la última Noche Buena? R. En el A.; en la Asociación; baile con unas muchachas, Josefina no se qué y E. V.

¿Cuánto hace que esta aquí? R. Casi el quinto mes, febrero, marzo, abril, mayo y junio.

¿Qué comió ayer ? R. Frijoles, arroz, tortilla. A veces se come queso.

¿A qué hora se levantó? R. Como a las siete y media.

¿Cuáles son los días de visita? R. Miércoles y domingo.

¿Quién le trajo aquí? R. No se. Unos policías en una ambulancia.

¿A qué hora? R. En la tarde; como a las cinco y media o seis.

¿Qué ha comido hoy a medio día? R. Frijoles, arroz, tortilla, y queso.

→

Pretérito Lejano. (En parte orientación de persona) .

¿Es usted casado? R. No.

¿Cómo se llamaba su papá? R. E. C. B.

¿Qué edad tenía? R. 50 años.

¿Su mamá? LM. S. de C.

¿Qué edad? R. 50 y pico años; no me acuerdo.

¿Tiene hermanos? R. De matrimonio M., tiene once años esta en M.

¿Dónde le bautizaron a usted? R. Aquí en T. en la Catedral.

¿Nombre del Cura? R. No me acuerdo.

¿Sus padrinos? R. Don L. R. y don T. R.

¿Quiénes fueron sus maestros en la escuela? R. En primero y segundo grado no recuerdo, en tercero F. T. en cuarto R. M.

¿Ha hecho servicio militar? R. No.

¿Cuál es su profesión? R. Estudiaba Comercio me faltaba una materia para sacar el curso.

¿Cuánto ganaba al mes? R. El último sueldo setenta y cinco lempiras.

¿Dónde trabajó por última vez? R. La C.

¿Ha tenido otros empleos? R. No.

¿En dónde ha vivido los últimos 3 años? R. En esa casa.

¿Y antes? R. Cuatro años frente al mercado.

Orientación de persona. Cómo se llama usted? R. T. F. C. S. ¿Cuántos años tiene? R. 20 años. ¿Cuándo nació? R. El 8 de agosto de 1928.

Orientación Somatopsíquica.

¿Se siente usted ahora enfermo? R. No.

¿Le duele algo? R. No.

¿Ha estado enfermo? R. Sí.

¿Cuándo principió su enfermedad? R. En diciembre.

¿Siente usted en su cuerpo algo extraño? R. Sí, nerviosidad.

¿Está usted alegre o triste? R. Triste.

¿Alguien le ha hecho daño? R. Sí, gestos y molestias; expresiones extrañas como para humillarme; así he visto que tratan también a unos muchachos que están un poco trastornados.

Exploración de la Ideación. Prueba de Masselon. Combinación de 3 palabras en una o dos oraciones. Todas las respuestas son dadas con lentitud.

El pájaro esta en el nido sobre el árbol

El cazador cazó la liebre en el campo, el cazador fue al campo a cazar liebres.

El agua cae de la montaña al valle.

El Rey manda a los soldados que defiendan la Patria.

En el invierno hace frío y nieva.

En la primavera el sol derrite la nieve.

El aldeano trae la leche a la ciudad.

El piloto halló la muerte en el mar.

El ladrón está en prisión por delito.

El delito que comete el ladrón es penado con prisión.

Pruebas de las significaciones contrarias.

Primera Lista:

Sí	No
Alto	Bajo
Blanco	Negro
Arriba	Abajo
Día	Noche

Este	Oeste
Blando	Duro
Largo	Ancho o angosto
Calor	Frío
Muerte	Vida
Pronto	Despacio o después o más tarde
Encima	Sobre, debajo
Falso	Verdadero
Liso	Aspero
Sucio	Limpio
Perdido	Encontrado
Lejos	Cerca
Dormido	Abierto
Húmedo	Seco
Pesado	Ligero

Segunda Lista:

Despacio	Rápido
Enfermo	Sano
Despierto	Cerrado
Delante	Detrás
Oscuro	Claro
Rico	Pobre
Ancho	Largo
Verano	Invierno
Nuevo	Viejo
Feo	Benito
Fuera	Dentro
Bueno	Malo
Grande	Pequeño
Saliente	Entrante
Norte	Sur
Ir	Venir
Débil	Fuerte
Después	Pronto, enseguida, inmediatamente
Acido	Dulce
Alegre	Triste

Tercera Lista:

Raro	Común
Honesto	Deshonesto
Paciente	Impaciente
Tierno	Maduro
Dudoso	Verdadero
Cuidadoso	Descuidado
Mejor	Peor
Difícil	Fácil

Unión	Desunión
Olvidarse	Recordar
Ignorante	Sabio
Soberbio	Humilde
Enfadado	Bondadoso, benévolo
Calmo	Inquietud
Seriedad	Alegre
Progreso	Atraso
Anticuado	Nuevo
Confuso	Claro
Temerario	Cobarde, prudente
Militar	Civil

Cuarta Lista:

Desastroso	Exitoso
Obstáculo	
Ocupar	Desocupar
Lugar	
Protegido	Desamparado
Hábil	Inhábil, imposibilitado
Miseria	Abundancia
Empobrecerse	Enriquecerse
Generoso	Egoísta
Crueldad	Bondad
Inocente	Culpable
Recordar	Olvidar
Insignificancia	Importancia
Confianza	Desconfianza
Conclusión	Principio
Animado	Desanimado
Tonto	Vivo, inteligente
Aumentar	Disminuir
Adelante	Atrás
Ingenio	

**PRUEBA SILOGÍSTICA PARA LA EXPLORACIÓN DE LAS
OPERACIONES INTELECTUALES**

A los silogismos contestó lo siguiente:

- N^o 1.—No se puede sacar consecuencia.
 2.—Ese animal tal vez sea Jobo. "
 3.—La lluvia es líquida.
 4.—No le hallo consecuencia.
 5.—Algunos animales no beben.
 6.—Puede ser negro.
 7.—El lagarto no es serpiente.
 8.—Algunos asientos no tienen respaldo.

- " 9.—No le halló.
- " 10.—Hay negros que son buenos.
- " 11.—No le halló consecuencia.
- " 12.—No le halló respuesta consecutiva.

EXPLORACIÓN DE IDEAS DELIRANTES

No se encuentran ideas de alusión.

En diciembre tenía ideas depresivas por ser dice, víctima de una enfermedad desconocida para la que no había cura. Tenía entonces preocupaciones sobre su enfermedad, ya que su mente no estaba completamente normal, había perdido el deseo de leer, estudiar, oír la música, etc. Se reprochaba entonces haber bebido y fumado considerando esas como probables causas de su mal actualmente se reprocha el no haber buscado al médico. Cree que sin querer ha hecho daño a alguien. Sonríe y dice: El daño por qué estoy aquí.

Por el momento no desconfía de nadie; pero cuando vino a la Penitenciería sentía desconfianza hacia todo cree que la actitud de las gentes en la Penitenciería no ha sido muy buena, (parece referirse a que se refieren a él como "al loco"). Cree que esa actitud se debe: al modo de pensar de cada persona; "prejuicio". No cree haber recibido amenazas ni haber sido robado, ni perseguido, ni tener enemigos. Interrogado si le insultan o amenazan: Tal vez uno toma a veces por realidad lo que no existe, (descubrimiento de ideas de alusión). Cree que ese, "tomar por realidad" puede ser un error que deriva del propio estado de ánimo no sabe explicar por qué motivo se tendría interés en perseguirle o perjudicarlo. Cree que su familia no ha estado en contra de él sino que ha tratado de ayudarlo,

No se descubren ideas de grandeza.—Su objeto próximo es dedicarse al cultivo de labranza u otra cosa que no le moleste la vista, no cree que le convenga ninguna profesión por el esfuerzo visual que ellas requieren, no se cree capaz de grandes empresas ni cree que ha aumentado su capacidad de trabajo. Piensa que ha mejorado desde que entró a la P. C. no sabe en qué situación haya quedado la herencia de sus padres.

EXPLORACIÓN DE LA ACTIVIDAD

La prueba de Woodworth produce 19 respuestas positivas.

La de Neymann-Kohlstedt da: 17 respuestas de extraversión por 33 de introversión.

Del cuestionario para la exploración de la efectividad se deduce no tendencia hacia la depresión; no se encontraría inhibición; hay componentes angustiosos, ("miedo de hacer cosas como la que hice; hacer algo contrario al cristianismo; intranquilidad por la enfermedad"). Hay también irritabilidad y desconfianza; el pa-

ciente se considera desconfiado por naturaleza; dice desconfiar de ciertas personas, y tener motivo para ello por la actitud de esas personas (referencia a los que le rodean en la P. C.) Cree que se ha vuelto más desconfiado que antes.

ADAPTACIÓN DEL CUESTIONARIO DE LA CLÍNICA DE MUNICH PARA LA EXPLORACIÓN DE LA INTELIGENCIA y OTRAS FUNCIONES PSÍQUICAS

Primero.—Conocimientos escolares. Contestación correcta del número de días, del año y del mes; horas del día, y segundos del minuto, reconocimiento de las características de los días en verano e invierno. Hay errores de la deleitación de las estaciones. Los conocimientos con respecto a orientación del lugar son dispares. Menciona sólo 14 de los 17 departamentos de Honduras. Como continentes menciona a América, Europa, África, Asia y Antártida. Hay adecuados conocimientos de historia y religión.

Hay defectos en la historia de la cultura.—El agua hierve a 50 grados centígrados; no sabe cuántos gramos tiene el kilogramo.

Segundo.—Conocimientos de experiencia. Son adecuados, en general titubea ante la pregunta: ¿Por qué se le castiga a uno? ("No se. No, pues la razón no la. . . Infringir leyes").

Tercero.—Representaciones éticas. También adecuadas en general, manifestaciones egoístas ¿Cuándo se sentiría usted feliz y cuándo desgraciado? R. "¿Feliz? Ahora no. Si hallara trabajo adecuado que sin deterioro de mi salud me produjera para llenar mis necesidades, viviendo vida moralmente sana. ¿Desgraciado? La mayor desgracia sería vivir una vida degradada. Contraviniendo las leyes divinas, tomando alcohol. ¿Qué haría si le tocara el premio gordo de Lotería? R. Estando preso ver el modo de salir; se puede pagar fianza").

Cuarto.—Formación de conceptos. Determinación adecuado de los del grupo A. Nombró seis árboles, seis fieras, seis metales; agrupó correctamente las palabras que corresponden a herrería; y las siguientes las calificó como defectos, vicios y miserias. Mostró una colección de las representaciones e hizo normalmente la ordenación de las mismas omitiendo en casi todas las series de pruebas, una de esas representaciones.

Quinto. Respuestas: Primero, entre más dinero tiene uno más vale.

Segundo. No lo he oído. En lo que mucha gente pone mano pronto se termina.

Tercero. Este si que no. No lo he oído, es más fácil huir que mentir.

Cuarto. La elección de la esposa para después no tener dificultades conyugales.

Quinto. Igual a octavo. Bien produce bien.

Sexto. Todo se gasta.

Séptimo. Aquí quién sabe. Como refrán yo no lo puedo... por la competencia; por aquello que no se da su brazo a torcer. Pueden los 3 tener la misma opinión. Como refrán no tiene validez... Entre más médicos hay más peligro.

Octavo. Lo que siembra uno, eso recoge.

Noveno. Aquí si que no. Quién sabe. No le hallo aplicación.

Décimo. La educación de la casa se muestra en la escuela.

Diferencias: A. Entre un buey y un caballo: "Hervívoros, el buey de labranza; el caballo también. De diferente especie o clase. Aspecto, la pesuña endida. B. Mariposa y pájaro: La primera insecto; el segundo ave. C. El agua y el hielo: su estado físico. D. El cristal y la madera: madera vegetal, el cristal es mineral. E. El niño y el enano: El enano se nota en la edad adulta; puede ser niño enano; el niño es así por natural el enano por defecto. F. El odio y la envidia: La envidia es malestar por la felicidad o los bienes materiales del prójimo. Yo no creo en la felicidad perfecta. Odio es lo contrario al amor, su definición es difícil; yo no la hallo. G. La avaricia y la economía: El avaro colecciona cosas por las cosas en sí mismas sin servirse de ellas; la economía sirve para atender las necesidades.

Ordenación de palabras en frases: Prueba A, bien hecha. Prueba B, necesitó repetición y se cometieron después varios errores.

Contrasentidos: Después de leer la frase prueba la primera vez dijo: "Habitantes de la Barca. Ya lo demás ya no; ya no le puse cído. Después de la repetición del texto dijo: "El Sol de verano y era invierno". "El mar estaba helado no navegaba el barco". "El muchacho tostado por el Sol de verano".

Complementación.—Lo hizo con mucha dificultad al principio sin poder resolver casi ninguna de las sílabas de complementación después de la mitad del texto lo hizo mejor.

IMAGINACIÓN

Y como quiera que a causa de la premura no pudo encontrarse sustituto para el orador que debía haber hablado en público. .. completo: Fue buscado otro.

A fin de que no se borasen en la habitación las huellas del autor del suceso.. . completo ¿fueron cubiertas verdad?

Aun cuando la labor haya sido extraordinaria.. . completo: No hubo paga extra.

Composición de palabras con letras

Con la primera serie compuso: Sotana, tazona y natosa. Con la segunda saber; con la tercera: ríe, iré, reí.

Tres palabras en urna oración

Primera:

- 1[?] El perro del labrador siguió al mendigo o latió al mendigo.
 El labrador dio el perro al mendigo.
 El mendigo es un antiguo labrador que ahora camina con ayuda de un perro. MEDICA — RENE —7
- 2° El muchacho le da al gato leche con azúcar. El gato botó la lata de azúcar del muchacho.
- 3⁹ El cazador cogió la liebre con el perro.

Psicodiagnóstico

- 1.—27. Parece una mujer, la parte central DRW-MV. Parece más bien vestido de mujer DF-Obj.
- 2.—20 "A nada (1 minuto) a nada. No le hallo parecido a nada, 130" Parecen troncos de hombres, g. lat. DFW Abm, como digamos con traje negro.
- 3.—13 "Dos figuras de hombres, pero no formadas, sino como caricatura de revista cómica; como en traje de etiqueta. más o menos. Está, completo, de perfil: cabeza, GF- MV cuello, las manos.
 r. c. Mariposita DF-eo FFb-TV
 Como corbatín D-FFb-ob
 g. c. infe: como que sostuvieran algo. (Combinación retardada).
- 4.—15 "La piel de un animal, de una ardilla GF-TV.
- 5.-25 "Un ave, con las alas extendidas; dos protuberancias arriba que no se cómo entenderlas; se salen de la cuestión del ave. Es lo único GF-TV".
- 6.—28 "Claro del centro: canal donde corre agua. A los lados los bordes en declive DsF (Fb) paisaje".
- 7.— Dos figuras burlescas, como caricaturas, de mujeres, éstas de rodillas GF-MO.
- 8.—45 R. lat. Un animal; como perro (4 extr.) sin cola, parecido a perro inclinado hacia adelante DF-TV. Nada más.
- 9.—1.40 "Seres grotescos, que en realidad no existen, de historietas am. sup. Ddf—MO—
- 10.—1.30 V. Cent. li. caballitos de Mar, DF—. f. inf. 1. i. Parecido con la laringe de allí no le hallo. DF— anoto— 2.55 duración 30 minutos. 14 respuestas t. de r. — de dos minutos.

G — 4	B — 0	p — — % — 85.7%
D — 9	F — 12 (1—)	O — 3% 21
Dd — 1.	Fb — 1	V—6—% 42%
Dzw — 0	Hd — 3	T - — 5 — %~38%
FFb — 3	Obj — 2 — %14%	

Tipo de Percepción G — D — Dd
 Tipo de Vivencias OB / Fb

R E S U M E N

Nos encontramos con un individuo joven, de 21 años, en cuyas antecedentes hereditarios se marca una ascendencia Psicopática bilateral tanto en su padre como en su madre. Al primero se le describe como padeciendo cuando joven de una enfermedad' mental ; y siendo después de un carácter raro, con tendencia al ensimismamiento, la soledad; a las reacciones bruscas, a la cólera y con frialdad afectiva hacia la familia. Todo lo anterior hace pensar en un temperamento esquizotímico y en una desviación esquizoide del mismo. No sabemos nada sobre su Psicosis juvenil. Un hermano del padre era violento.

También la madre de T. F. tiene una historia de modificación- I nes de su personalidad: Como a los 20 años se había hecho irritable regañaba y decía cosas fuera de tacto. Se imaginaba que no la querían y que la despreciaban.

Durante sus dos gestaciones se presentaron episodios como el anterior.

En T. F. se dan también las características del temperamento Esquizotímico. Desde pequeño fue solitario sumiso; prefería la lectura a otras distracciones. Era serio "demasiado correcto" para ser muchacho. A los 15 años se hizo violento, egoísta; se contrariaba fácilmente. En los años siguientes pasaba acostado muchas horas del día sin tener deseos de nada.

En diciembre de 1949 se presentan una serie de trastornos que muestra un cambio de la personalidad de T. F.: Siente una debilidad que no se explica; una debilidad "rara" que le había quitado "el entusiasmo de estar con su novia; se sentía perplejo ante sí y el ambiente; había un extrañamiento de sí mismo; inhibición hacia el sexo masculino y probables ideas homosexuales (cuando dice: "inhibición contraria; es decir, rubor ante el sexo masculino")- Su extrañamiento de sí mismo le llevaba a pensar sí estaba o no enfermo ; pensaba que era mejor terminar que llegar a enloquecerse. Contemplaba entonces con mayor intensidad ideas sucidas que ya se habían presentado durante los 3 años anteriores. Hay además j - un temple delirante, se sentía poseído de influencias extrañas creyendo que tenía una vitalidad anormal exagerada (derivando ésto del hecho de que, según él, un gallo no resistió su mirada). Así llega

al 28 de enero de 1949 en que sus molestias se hacen intolerables y decide suicidarse en la noche. Intenta el suicidio cortándose la piel del cuello, lo cual le hace sangrar un poco. Su acto suicida le lleva a una súbita conversión religiosa. "Dios no ha querido que muera; la sangre envenenada salió ya del cuerpo". Como consecuencia él no morirá; ha encontrado la verdad y debe rezar inmediatamente. Como no recuerda ninguna oración busca la Biblia, la que no encuentra. Busca entonces a su madre y como esta se preocupa al verle sangrado y quiere lavar sus heridas él interpreta que su madre no quiere ayudarle, que desprecia la religión que quiera matarle. Tiene entonces el presentimiento de que "el pecado original" se ha posesionado de su madre y que ésta se ha transformado en la causante de todos los males del Universo. Para contrarrestar esta influencia maligna: el único remedio es destruir a quien la encarna y pocos minutos después da muerte a la señora C. Después de matarla él mismo abre la puerta a la policía y dice al Juez que ha destruido el espíritu del mal.

Su actitud posterior, en los meses que han seguido al hecho delictuoso, ha sido de depresión, pereza, inseguridad, con algunas Pseudo-percepciones auditivas; aislamiento, lecturas frecuentes y según su declaración, pensar en la religión o en lo que puede hacer al salir de la P. C. En las primeras semanas persistían sus ideas de cambio de la personalidad; creía que había muerto y que vivía otra vida siendo ésta última inmortal; sentía que su cabeza estaba vacía y que su cerebro se localizaba fuera de su cabeza; hay siempre frialdad de sentimientos y estos son egoístas; le preocupa la publicación que hicieron los periódicos sobre su delito y lo que pensará de él la gente. Aunque habla de su tristeza por lo sucedido generalmente sonríe cuando se refiere a "eSo" (conversión religiosa y muerte de su madre". La exploración de la afectividad comprueba el Psicotipo introvertido de T. F. En otras pruebas se encuentra angustia depresión, desconfianza e irritabilidad. No se encuentra déficit intelectual.

Se trata, pues, de un hombre joven con antecedentes hereditarios Psicopáticos, que ha presentado él mismo un temperamento Esquizotímico con manifestaciones Esquizoídicas en la época puberal; y quien desde fines de diciembre de 1948 muestra signos inequívocos de una enfermedad mental, —que por las características que presenta diagnosticamos como Esquizofrenia—, quien mientras esta en curso su enfermedad y actuando dentro del razonamiento Psicótico da muerte a su madre el 28 de enero de 1949; y quien tiene en los meses que han seguido al acto homicida una mejoría espontánea de su enfermedad.

En cuanto al pronóstico de la misma es imposible aventurar nada, dada la multiplicidad del curso de ella en cada caso individual.