

# ANTIOQUIA MEDICA

VOLUMEN 8 — MEDELLIN, OCTUBRE - NOVIEMBRE DE 1958 — Nos. 9 - 10

Continuación del "BOLETIN CLINICO" y de "ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA"

Tarifa Postal reducida—Licencia N° 1.896 del Ministerio de Correos y Telégrafos.

Organo de la Facultad de Medicina y de la Academia de Medicina.

Editada en la Imprenta Universidad de Antioquia.

## DIRECTORES:

Dr. Ignacio Vélez Escobar  
Decano de la Facultad

Dr. Miguel Martínez Echeverri  
Presidente de la Academia

## REDACTORES JEFES:

Prof. Oriol Arango Mejía, M. D.  
Prof. de Radiología

Prof. Alfredo Correa Henao, M. D.  
Prof. de Anatomía Patológica

## REDACTORES:

Dr. Gabriel Toro Mejía  
Dr. Marcos Barrientos  
Dr. Antonio Ramírez  
Dr. Héctor Abad G.  
Sr. Alberto Restrepo

## ADMINISTRACION:

Margarita Hernández B.

"ANTIOQUIA MEDICA" solicita el intercambio con revistas nacionales y extranjeras. Admite y agradece colaboración científica-médica o que se relacione con los intereses de la profesión.

"ANTIOQUIA MEDICA" publica 10 números anualmente.

DIRECCION:

"ANTIOQUIA MEDICA".  
Facultad de Medicina de la U. de A.  
Medellín — Colombia, S. A.  
Apartado 20-38.

# SUMARIO:

## EDITORIAL

Informaciones generales sobre el Hospital Mental.—Dr. Luis Carlos Posada G. ....	359
--	-----

## TRABAJOS ORIGINALES

Casas para Alienados Mentales.—Dr. Lázaro Uribe Cálad .....	304
Cómo se gestó el Hospital Mental en Antioquia y quiénes fueron sus Gestores.—Dr. Alberto Morales Tobón .....	307
Ergoterapia (Hospital Mental de Antioquia).—Dr. Augusto Díez y Dra. Luzmila Acosta R. ....	370
Psicopatología general de Karl Jaspers.—Dr. Horacio León Restrepo M. ....	379
Estudio Comparativo entre la Lobotomía Prefrontal Bilateral de Poppen y la Lobotomía Bimedial.—Dr. Luis C. Posada G. ....	397
La Reserpina en 200 Enfermas del Hospital Mental de Antioquia.—Dr. Oscar Robledo Restrepo .....	402
Las Epilepsias Originadas en el Lóbulo Temporal.—Dr. Rodrigo Londoño L. ....	408
La Función Aperceptiva del Lóbulo Temporal.—Dr. Pedro Turó G. ....	414
Queratoplastias.—Dr. Ivar Echeverri G. ....	421
Dos Casos de Meninococemia con Síndrome de Waterhouse-Friedrichsen Observados en el Hospital Mental de Antioquia.—Dr. Hernán Cano A. ....	424
Amibiasis y Parasitosis Intestinal en el Hospital Mental de Antioquia.—Dres. David Botero Ramos, Federico López, Hernán Cano A. y Gabriel Vélez Restrepo .....	431
Resumen del Segundo Congreso Internacional de Psiquiatría.—Dr. Pablo Pérez Upegui .....	439

## ACTIVIDADES DE LA ACADEMIA

Resolución. (Fenómeno de Medina) .....	450
Discurso pronunciado en el Aniversario de la fundación de la Academia por el Dr. Jorge Camacho Gamba .....	450

## ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

Boletín N° 71 .....	471
---------------------	-----

## NOTICIAS

Cartas a la Dirección .....	480
-----------------------------	-----

# ANTIOQUIA MEDICA

ORGANO

DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA.  
DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN.

---

VOLUMEN 8 — MEDELLIN, OCTUBRE - NOVIEMBRE DE 1958 — Nos. 9 - 10

---

EDITORIAL

## INFORMACIONES GENERALES SOBRE EL HOSPITAL MENTAL

**Dr. Luis Carlos Posada G.**  
Médico Director

El Hospital Mental de Antioquia es una institución dedicada exclusivamente al tratamiento de los enfermos mentales adultos. No tiene ningún interés de lucro, no discrimina raza, religión ni oficio. Admite enfermos y enfermas de beneficencia y también enfermos pensionistas, tiene como único objetivo mejorar la salud mental de todo enfermo puesto bajo su cuidado.

La aparición de una enfermedad mental en un miembro de su familia puede ser un suceso extraño y terrible; el Hospital Mental está listo para ayudarle a Ud. en esa emergencia y está ansioso de serle útil.

La comprensión y la ayuda de los familiares y de los amigos es un factor importante en el tratamiento de cualquier persona enferma.

Con este fin, el Hospital Mental ha preparado estas informaciones cuyo conocimiento le será a Ud. útil. La preocupación que Ud. sienta por su enfermo será menor cuando sepa la manera cuidadosa como el Hospital está organizado para prestar un servicio eficiente a todas las personas que lo soliciten.

---

Actualmente las enfermedades mentales son muy comunes y se presume que tiendan a aumentar diariamente. Cerca de la mitad de las camas en los hospitales de los Estados Unidos, están ocupadas por personas que sufren de esta clase de trastornos, o de enfermedades nerviosas. "Una de cada dieciocho personas seguramente sufrirá en el transcurso de su vida alguno de estos trastornos". En nuestro Hos-

pital tenemos una cifra de admisión promedia de seis enfermos diarios y una consulta externa de 10.

---

La admisión de las persons enfermas en los Hospitales Mentales de nuestro país está reglaemntad por las Autoridades Públicas. En muchos casos si el paciente está en capacidad de discernir y reconoce la necesidad de hospitalizarse y ésta hospitalización es aceptada por su médico tratante, puede hacerlo personalmente y para ello le basta llenar la hoja de "ADMISION VOLUNTARIA". Es importante para Ud. conseguir que su médico nos consulte antes de tomar una determinación; en esta forma se enterará si hay cupo en el Hospital y además nos dará informaciones sobre el estado de salud de su paciente. Después de obtenida la admisión el paciente debe ser conducido por un pariente responsable o por un tutor; pero en el caso de admisión voluntaria es el paciente quien debe llenar la hoja de admisión correspondiente.

Si el paciente no puede afrontar la responsabilidad de pedir la admisión voluntaria al Hospital ella debe ser solicitada por un familiar responsable, por un tutor o por la autoridad, los que deben acompañar la solicitud con el certificado suscrito por un médico graduado y registrado, escrito en una hoja de ADMISION INVOLUNTARIA de las que para tales fines tiene impresas el Hospital. En el caso de admisión involuntaria, el enfermo debe ser entregado al Hospital por sus familiares, por su tutor o por la autoridad, quienes asumen toda responsabilidad. El Hospital no se encarga del traslado o de la ayuda del traslado de enfermos a sus dependencias sino en casos especiales y previa consulta del médico tratante con el médico Jefe del Hospital o con el médico de turno de la consulta externa.

Estos servicios serán por cuenta y riesgo de los familiares o de las personas que lo soliciten.

Se recomienda de la manera más enfática, que el enfermo no sea conducido al Hospital por medio del subterfugio y de engaños. En la mayoría de los casos el enfermo mental es una persona desconfiada, la mentira le aumenta su desconfianza, disminuye el buen éxito del tratamiento y retarda o impide la curación.

Para la admisión de enfermos toxicómanos, es necesaria una resolución en tal sentido expedida por la Secretaría de Salud Pública, para lo cual es indispensable la presentación de los dos certificados expedidos por médicos graduados.

Para la admisión de delinquentes psicópatas se necesita un cer-

tificado del médico de la Cárcel, un oficio del director del Establecimiento Penal o del señor Juez o de la Secretaría de Gobierno del Departamento.

La admisión de los enfermos se hará de 8 a. m. a 6 p. m. todos los días, excepto los días feriados y los festivos.

---

Antes de ser admitido el enfermo en el Hospital Mental, su familiar o tutor o persona que lo traiga en calidad de responsable debe llenar la Hoja "AUTORIZACION DE TRATAMIENTOS". Este formulario es indispensable para la seguridad y para la responsabilidad del Hospital. Con la firma se autoriza al Hospital para efectuar los tratamientos adecuados y para pedir, en caso de que el Hospital no tenga facilidad, la colaboración de otras entidades de asistencia médica o quirúrgica. Significa también la firma de la hoja, la aceptación de la responsabilidad financiera por el costo completo de los servicios prestados a los enfermos pensionistas.

Los cuidados médicos y psiquiátricos son permanentes; la naturaleza de las enfermedades mentales demanda constantemente atención por parte de un gran número de especialistas: Médicos, enfermeras profesionales y asistentes etc., especialmente entrenados. La Terapia ocupacional y recreacional son parte del tratamiento y necesitan un personal especialmente adiestrado y eficiente.

El valor diario de la pensión cubre el costo del cuarto privado o en común que ocupe el paciente, la comida y los servicios de terapéutica ocasional y recreativa. Las drogas, los derechos de tratamientos, los exámenes de laboratorio, los materiales de trabajo y otros elementos que consuma el enfermo, tanto en el Almacén como en la Confitería serán cobrados por aparte e irán discriminados en la respectiva cuenta. También serán gastos adicionales, para los enfermos pensionistas, los honorarios profesionales del médico tratante, las consultas con especialistas —que deben ser autorizadas por los familiares— y los servicios extras de enfermería.

El Hospital Mental suministrará cuidado médico y psiquiátrico de la más alta calidad tanto a los enfermos pensionistas como a los de los servicios de beneficencia. El Hospital Mental concede rebajas a los pensionistas y les suministrará tratamientos y cuidados médicos por su cuenta en casos especiales.

---

Cuando el paciente pensionista es admitido en el Hospital debe dejar un depósito igual al valor de sostenimiento diario durante 30

días. Esta cantidad se retiene hasta que se calculen los costos finales debiendo ser devuelto el dinero restante a la persona responsable con el último corte de cuentas.

La cuenta se enviará entre los cinco y diez días primeros de cada mes a la persona responsable del paciente. El pago deberá hacerse con estricto cumplimiento y así evitará la necesidad de que el Hospital se vea en la penosa obligación de reintegrar el paciente a su hogar o de pasarlo a los servicios de caridad.

---

El Hospital no se responsabiliza por joyas, por dineros o por artículos de valor llegados con el paciente, en tal sentido se recomienda no dejar estos artículos en poder de los enfermos a su ingreso.

---

El Hospital Mental tiene Almacén, Cafetería, Salón de Belleza y Barbería; los pacientes pueden comprar allí artículos diversos, como jabón, pasta dental, cigarrillos, bebidas gaseosas, revistas, etc., y el pago de éstos se hará en forma de crédito. La persona responsable puede autorizar al Hospital hasta determinada cantidad semanal para ser invertida por el paciente; los objetos consumidos se acreditarán por medio de vales que se acompañarán a la cuenta mensual del paciente pensionista.

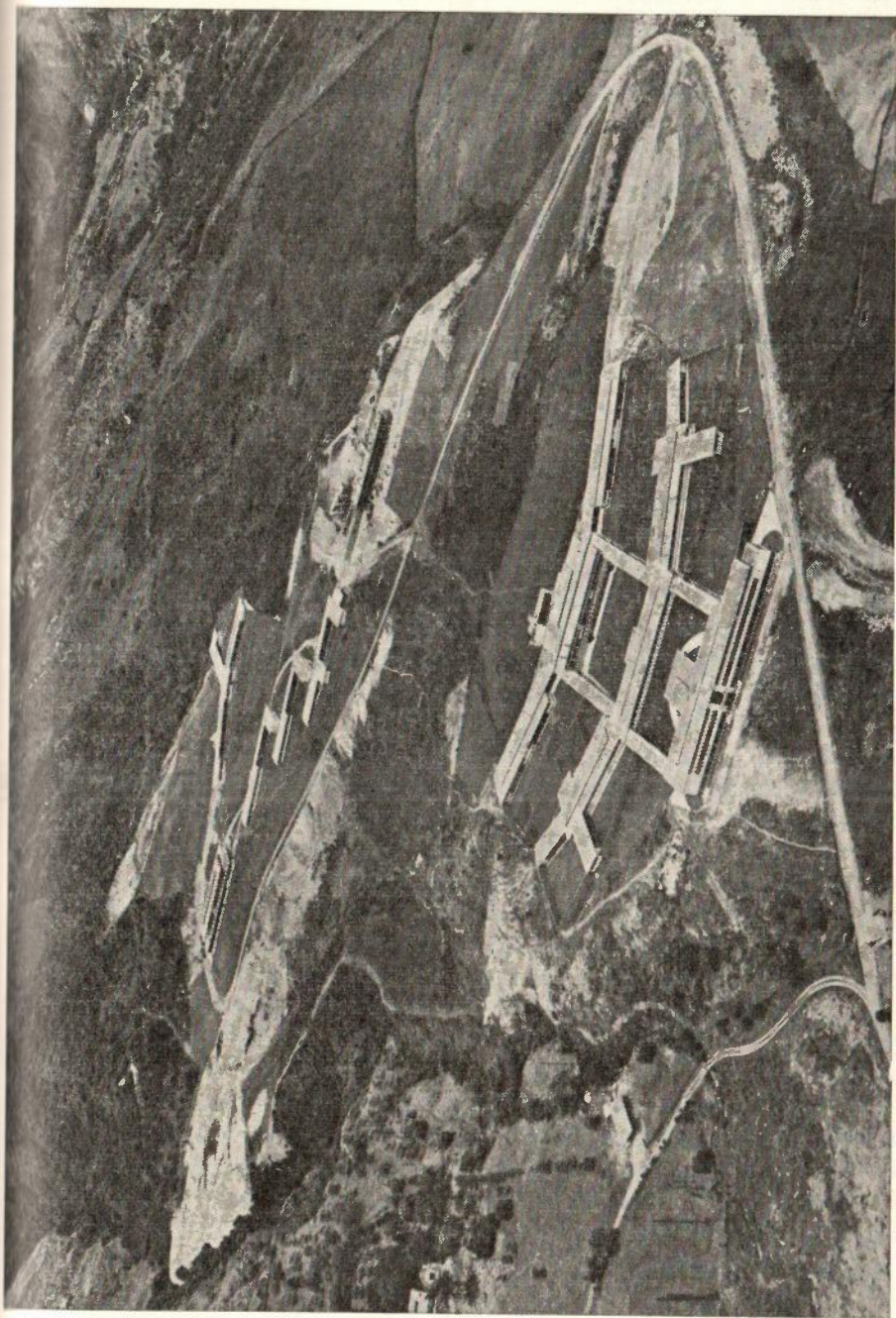
---

Los días de visita serán: Para los enfermos de caridad los primeros jueves de cada mes para los servicios de hombres y los terceros jueves para los servicios de mujeres de las 8 de la mañana en adelante. Para los enfermos pensionistas la visita será los días sábados de 10 a 12 a. m. y los demás días que autorice el médico tratante.

No se permite suministrar alimentos sin el Visto Bueno del médico del servicio o el médico tratante en el servicio de Pensionistas. Está absolutamente prohibido el suministro de materias inflamables, de elementos cortantes, de dinero etc. El Hospital mental no permite las visitas de gentes menores de 12 años, ni admite la presencia de más de dos visitantes por enfermo.

El visitante debe informarse con la RECEPCIONISTA antes de visitar a su pariente o a su amigo, para enterarse de su estado de salud.

En cada pabellón hay un médico Psiquiatra, Jefe de Sección, quien será el inmediato responsable del enfermo y de su historia clínica. En el caso de enfermos pensionistas con médico particular, éste estará obligado a seguir todos los reglamentos de la Institución.



Vista panorámica del nuevo Hospital Mental.

## CASAS PARA ALIENADOS MENTALES

Dr. Lázaro Uribe Cálad

De muchas casas que con este fin hubo en la ciudad a fines del siglo pasado y principios de este, mencionaremos tres como principales: la de la calle de Maracaibo x Girardot, la de la calle de Pichincha x Pascasio Uribe y la de la Avenida derecha unos cuarenta metros arriba del cruce con la calle de Córdoba. De ésta fueron trasladados los enajenados al actual Manicomio Departamental en el año de 1904. Estas casas fueron todas llamadas siempre "La Casa de Locos".

Fueron dirigidas por la abnegada y caritativa señora María Jesús Upegui, que puede ser considerada como una heroína en el comportamiento con estos enfermos, y en su honor la Asamblea Departamental decretó un retrato al óleo para ser colocado en este establecimiento. El número de enfermos que fueron trasladados con el carácter de alienados mentales fue de veintiocho (28).

El acondicionamiento de este establecimiento fue progresivo y lento ajustándose a las circunstancias del momento ya que la escasez de recursos ha sido predominante.

Lo primero que se hizo fue el traslado de la capilla que estaba en el interior de la casa a la esquina suroeste de ésta, la cual ha llenado debidamente las necesidades del servicio manicomial fuera de el gran auxiliar que ha sido para los vecinos del barrio.

Aprovechando el espacio que la capilla dejó disponible se trazaron los dos cuerpos de alojamiento más o menos así: dos cuerpos de edificio uno al oriente destinado a las mujeres y con la subdivisión de un sector para asilados pobres hacia el sur y otro para asilados pensionistas hacia el norte. En el cuerpo de hombres, al occidente; el sector para pensionistas fue hacia el sur y al norte para los asilados pobres, éste último con mayores dificultades por el desnivel del terreno y por los fangales que se formaban con las aguas lluvias.

A cada uno de estos servicios se le construyó una enfermería, enfermería que prestaron servicio hasta que se terminó la construcción de los pabellones que definitivamente ya quedaron para asistencia de los pensionistas. Estos se construyeron todos en el terreno libre que había en la parte norte del establecimiento. Estos pabellones están formados así:



Un patio con sus respectivas celdas tanto para el servicio de hombres como para el de mujeres; dos grandes salones para dormitorios, un gran salón contiguo a cada uno de ellos, comedor y enfermería; los dos cuerpos tienen patios respectivos con jardín y agua potable, un patio de buena extensión para cada uno; una serie de celdas individuales con patio, con agua potable para el aseo de los enfermos y de la localidad; estas dependencias son iguales entre sí tanto en lo que se refiere al servicio de pensionistas hombres como al de las mujeres.

Hay además un pabellón para religiosas enfermas de la mente; ese está constituido por un pequeño patio con tres celdas para excitadas y un patio con celdas uni-personales para las tranquilas; ambos tienen jardín, agua potable; y fueron inaugurados cuando la gobernación del capitán Julián Uribe Gaviria.

Suprimida la cocina de fogón de carbón y de leña fue reemplazada por una moderna instalación de grandes ollas metálicas agenciada por caldera de vapor que ha dado magníficos resultados y que aún subsisten. Muy próxima a la cocina se construyó la gran despensa en la cual se instalaron aparatos para moler el maíz cocido, para pelar las papas y para moler la carne, artículos éstos de gran consumo en la casa.

Ese es más o menos el estado actual, desde el punto de vista material de lo que es la sección destinada al servicio de los asilados.

### Sección técnica

En parte alguna se encuentra constancia de cómo se administró el asilo en los primeros años ni de cómo ejercieron sus funciones los primeros médicos que en él prestaron sus servicios.

La organización de estos servicios comenzó en el año de 1916 cuando el Médico nombrado como Director se hizo cargo de ese puesto. Decretó la forma de entrar los enfermos: Certificado médico para su admisión con estado civil, profesión u oficio, motivo para su aislamiento, pruebas de pobreza, si viniere a espensas del asilo, o el recibo del valor de la pensión si fuere como pensionista, entre otras cosas. Todos estos datos los hacía constar en sendos libros, uno para cada sexo, donde se tomarían para hacer las respectivas historias clínicas a la salida del enfermo agregándole el diagnóstico de la enfermedad, del tratamiento y el motivo de su salida.

Observación: Como el número de alienados aumentaba considerablemente (en 1904 se abrió el servicio con dieciocho (18) enfermos, en 1916 había veintiocho (28) y en 1920 su número ascendía a doscientos

tos ochenta y ocho (288); se dispuso la construcción de sendos pabellones para pensionistas de ambos sexos de cuya inauguración ya se habló atrás.

Como tratamientos se siguieron los que llegaban en las revistas y se consideraban como oportunos.

En 1938 se comenzó a usar la Terapéutica Convulsiva empleando el Cardiazol Knoll con magníficos resultados. Algunos meses después se instituyó el tratamiento por los choques eléctricos siendo éste también de éxito muy satisfactorio.

Pocos años más tarde comenzó a emplearse la Insulina que actualmente es de uso corriente por los buenos éxitos conseguidos con ella y que para unos es el choque de elección. No menos buenos resultados han dado los tratamientos por la narcosis prolongada y por la invernación. En la práctica quirúrgica hay mucho qué relatar pero no entraremos en detalles y solo diremos que en Neurocirugía las intervenciones han sido muy numerosas y de buen éxito; además ha habido un buen número de intervenciones de alta cirugía general también de resultados muy satisfactorios.

Hay en la casa fuera de instrumental corriente de cirugía otros aparatos de grande utilidad entre los cuales mencionaremos el Encefalógrafo y el aparato de Rayos X.

El sector Ergoterapia es benéfico desde varios puntos de vista; desde el punto de vista económico ya que sus tejidos sirven para preparar ropa para los usos de la casa y hasta para la venta; también porque ayuda a mejorar los enfermos y sirve de distracción a los crónicos que se ocupan en las obras manuales que están al alcance de sus limitadas facultades. Su organización es un modelo en su especie. Hay un gabinete de dentistería donde se practican las más elementales operaciones de este arte; está regido por un Odontólogo Diplomado.

### **Sector religioso**

Hay un capellán residente en el asilo, que está encargado de todo lo que atañe al culto y a atender los asuntos de conciencia de los enfermos y a administrarles los últimos sacramentos.

Desde 1907 las Hermanas de la Caridad están encargadas de la asistencia de los enfermos. Sus servicios son de incalculable valor y actualmente se encuentra muy mejorado por cuanto muchas de las religiosas tienen preparación técnica como enfermeras. La Superiora mujer de mente clara y sutil y de mano severa las rige con serenidad y disciplina.

## COMO SE GESTO EL HOSPITAL MENTAL EN ANTIOQUIA Y QUIENES FUERON SUS GESTORES

Dr. Alberto Morales Tobón

Idea surgida de una apremiante necesidad social, tuvo la fortuna de albergarse en mentes altruistas y dinámicas que supieron darle estructura digna de nuestra raza.

Durante el año de 1948 el entonces Gobernador de Antioquia Dr. Dionisio Arango Ferrer, basado en ordenanza vigente que lo autorizaba para la adquisición de un terreno con destino a la construcción de un frenocomio, adquirió para tal fin un inmueble situado en el Municipio de Bello y con una extensión aproximada de 180 hectáreas. Por el mismo tiempo, el Departamento de Antioquia hizo un contrato con el arquitecto Nel Rodríguez, para que visitase en los Estados Unidos diversas instituciones asistenciales y elaborase con base en ello un anteproyecto de Hospital para enfermos mentales. Cumplida la primera misión del arquitecto y después de discutido su proyecto en mesa redonda con los psiquiatras en varias ocasiones, se dio finalmente aprobación a los planos. El 20 de julio de 1952 siendo Gobernador del Departamento el Dr. Braulio Henao Mejía y Director de Salubridad el Dr. Bernardo Uribe Londoño, se colocó la primera piedra de esta redentora obra. No se contentó el Dr. Uribe Londoño con haber puesto la primera piedra; siguió poniendo una tras otra muchas piedras hasta llegar a convertirse en abanderado de la obra y con tal fervor empuñó la bandera que gracias a su dinámica consagración fueron surgiendo como por arte de magia estos bellos edificios, orgullo de Antioquia, solaz de la Psiquiatría y redención de los enfermos mentales.

Cabe destacar aquí la colaboración decidida y decisiva del Brigadier General Pío Quinto Rengifo durante su mandato gubernamental, a la prosecución de la obra.

El proyecto arquitectónico ha recibido calurosos y merecidos elogios al ser presentado en Congresos de México, Cuba y Estados Unidos. En la última visita a Colombia el Profesor Carney Landis, psiquiatra norteamericano, dijo refiriéndose a esta obra, que bien valía la pena venir a Medellín por conocerla. Consta de varias edificaciones distribuidas estratégicamente en un terreno irregular, de tal modo que todas ellas tengan amplia vista al horizonte y en ningún momento los enfermos experimenten la sensación desagradable del

enclaustramiento. Tanto el Psiquiatra como el Neurólogo y demás especialistas encuentran allí adecuada dotación para atender a los pacientes. Los campos de deporte y salas destinadas a actividades manuales y sociales condicionan al Frenocomio una transformación radical en materia de asistencia para enfermos mentales. El Manicomio de Bermejil, antiguo e inadecuado caserón toca a su ruina para verse suplantado por estas soberbias estructuras y el loco, el despreciable loco, ha adquirido la categoría de un enfermo como cualquier otro digno de respeto, incorporado en el activo del conglomerado social.

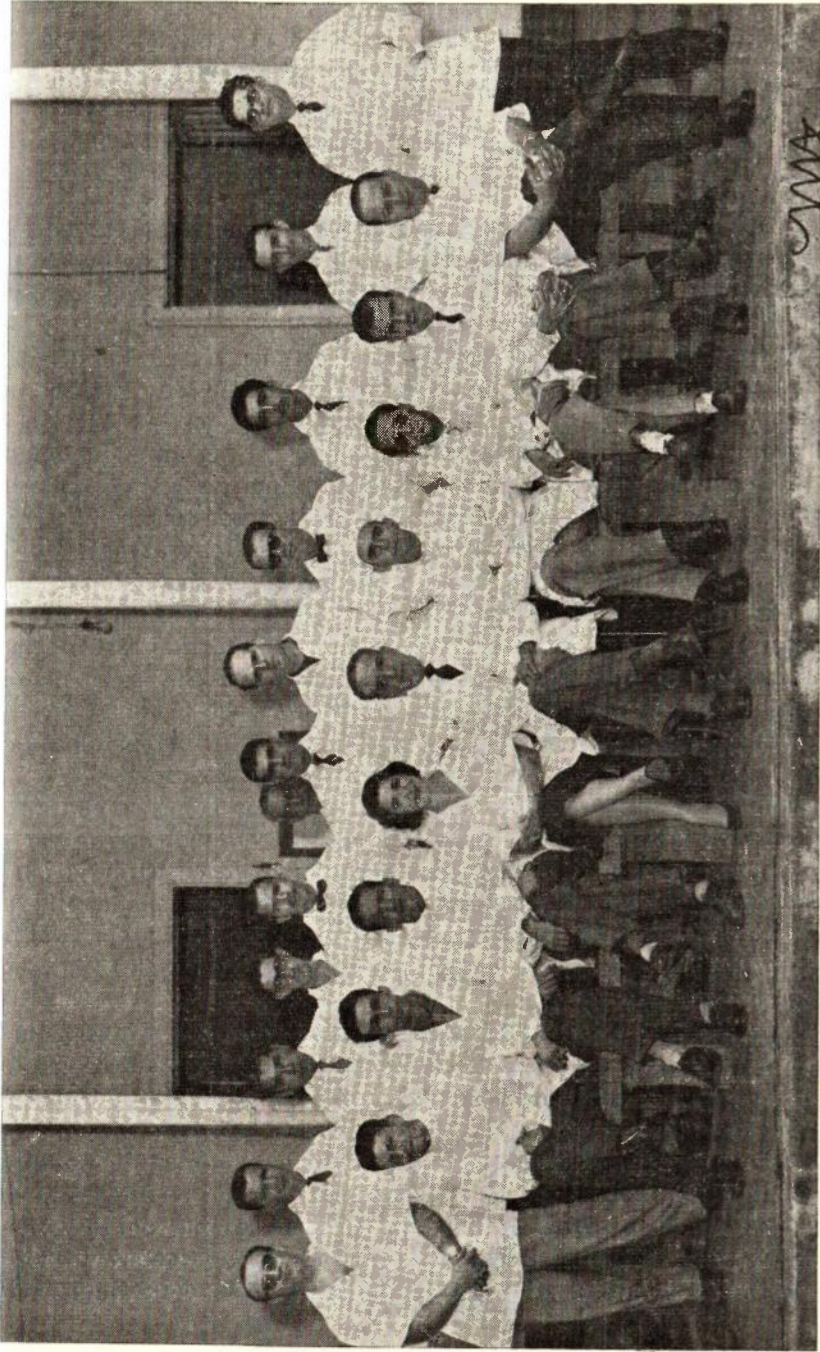
Paralelamente al resurgimiento material se trabajó incansablemente en la preparación de personal científico y auxiliar. Cúpole la suerte a la institución de contar como médico jefe al Dr. Luis Carlos Posada, quien dedicó todos sus esfuerzos para que el personal humano no resultase inferior a la dotación mecánica. El cuerpo de Psiquiatras se multiplicó y el personal auxiliar aumentó notoriamente en número e hizo avances considerables en preparación técnica. Siguiendo un plan adecuado a tal fin, cursan actualmente en el exterior estudios de especialización dos médicos y se proyecta enviar personal de enfermeras y psicólogos. Se establecieron nuevos servicios y se perfeccionaron los existentes.

Es claro que ni la parte material ni mucho menos la técnico-científica están concluidas. Es ésta apenas la primera cosecha de una serie prolongada de esfuerzos fatigosos pero tiene con lo hecho tal impulso que difícilmente podría retroceder o estacionarse.

No podían pasar desapercibidos en esta publicación y con motivo de esta fecha, los nombres de quienes pusieron sobre sus hombros el peso fuerte de tan magna empresa. Cualquier alabanza resultaría superflua y aún necia; la recompensa a que se han hecho acreedores está amalgamada en la estructura misma de los edificios.

Ni ellos mismos alcanzan a imaginar el bien que han hecho al redimir al enfermo mental y en forma tan admirable. Su propia obra será su recompensa. Con ella han enjugado para siempre muchas lágrimas; muchos hijos, madres y esposas han quedado consolados por tiempo indefinido. Las noches de desvelo a la intemperie ya nunca más volverán a ser tormento de los enfermos mentales.

Podrá el transcurso de los siglos derruir las estructuras materiales, pero el aporte sublime de mitigar el dolor humano no encontrará fuerza capaz de aniquilarlo porque su proyección es eterna.



Staff del Hospital Mental. - Sentados de izquierda a derecha: - Dr. Ivar Echeverri G., Dr. Oscar Robledo R., Dr. Pablo Pérez Dra. Luzmila Acosta R., Dr. Luis Carlos Posada G. (Director), Dr. Augusto Díez E. (Subdirector), Dr. Jorge Gómez Giraldo, Dr. Francisco H. Escobar G., Dr. Luis G. Jaramillo E. - De pies de izquierda a derecha: - Dr. Horacio León Restrepo M., Dr. Gabriel Vélez R., Dr. Hernán Cano A., Dr. Humberto Gómez R., Dr. Horacio Suárez, Dr. Joaquín González (Odontólogo), Dr. Héctor Ortega A., Dr. Pedro Turó G., Dr. Gonzalo Restrepo O., Dr. Jaime Arango O., Dr. Guillermo Vélez R., Dr. Rodrigo Londoño L.

## ERGOTERAPIA

### HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA

Dr. Augusto Díez E.

Dra. Luzmila Acosta

En el Hospital Mental de Antioquia funciona desde el año 1954 un Departamento de Ergoterapia, es decir, un servicio compuesto por secciones en donde se consigue la recuperación de los pacientes, por medio del trabajo y de la ocupación metódica.

Con este sistema de tratamiento, de estudio y de rehabilitación, que ha prestado en los servicios mentales de nuestro Hospital una inapreciable colaboración en el mejoramiento y en la curación de una gran cantidad de enfermos, estudiamos al sér humano en sus tres dimensiones considerándolo desde el punto de vista anatómico, como que está formado por estructuras óseas y por formaciones neuro-musculares que le permiten moverse dentro del ambiente que lo circunda; por órganos especializados que producen secreciones encargadas de desencadenar el funcionamiento sincrónico de los diversos sistemas endocrínicos constitutivos y por mecanismos psicológicos: emociones y sentimientos que le permiten desarrollar su personalidad bajo la dirección de un comando único formado por las funciones intelectuales, las que le facilitan el aprendizaje y el planeamiento del futuro convirtiéndolo en una verdadera unidad funcional.

La terapia ocupacional considera al enfermo como si viviera en una sociedad normal y por lo tanto le permite al médico eliminar los medios coercitivos y de contención mecánica, para sustituirlos por la mayor libertad posible y facilitar el movimiento ordenado, liberando la energía sobrante para emplearla en una actividad productiva, porque "La vida es actividad y en ella las fuerzas que no se emplean tienden a extinguirse".

Concebido el enfermo mental como una unidad y apreciado el Hospital Mental como una sociedad aceptamos que la teoría psiquiátrica de la Ergoterapia es horizontal y por consiguiente que los trastornos psíquicos, cuando su intensidad lo permita, pueden ser tratados por el trabajo no solamente dentro de las paredes del Hospital, sino también dentro de la sociedad normal; porque el fin primordial de la terapia ocupacional utilizada como tratamiento en los alienados, es ayudar al establecimiento y propender por la conservación de las relaciones interpersonales satisfactorias, que le permitan al suje-

to hacer una adaptación social productiva y que al mismo tiempo le traigan la felicidad que da el tranquilo contacto con sus semejantes.

La Ergoterapia es un elemento terapéutico con el cual se evita que la mente enferma continúe desarrollando sus actividades anormales, que engendre y consolide ideas delirantes, que siga permitiéndose fantasías eróticas, que fomente perversiones sexuales con las cuales pierde todo contacto con la realidad y que solo sirven para permitir que los enfermos se vuelvan malévolos y mal intencionados, que produzca manierismos; que los enfermos se llenen de estereotipias y hagan continuamente ruidos sin objeto, que coleccionen cosas inútiles, que vaguen sin rumbo alimentando ideas fijas y cultivando malos hábitos, o permaneciendo en una situación de gatismo o de continua agitación, todo lo cual da campo para que el negativismo se vuelva tenaz y acarree fatalmente la disminución y más tarde la abolición de toda actividad mental.

El Departamento de Ergoterapia del Hospital, que está dedicado a investigaciones, a tratamientos psicoterápicos y a readaptaciones, opera en colaboración con los Departamentos de Psiquiatría y de Neurología, en donde se hacen los tratamientos básicos y cuyos médicos son los que prescriben la terapia por el trabajo.

Este contacto convierte a la Ergoterapia en un eslabón de la cadena de tratamientos y le permite liberarse de las dificultades impuestas por los síntomas básicos de la enfermedad, ya que la intensa agitación, la confusión, la falta de iniciativa, el estupor y el negativismo catatónico son eliminados por los tratamientos quimioterápicos, fisioterápicos y quirúrgicos que colocan a los recién llegados en condiciones de darse cuenta de que el trabajo se tiene establecido como norma en casi todo el Hospital y les permite, de esta manera una rápida adaptación al espíritu de la Casa.

Un vasto campo de acción, en donde se pueden cosechar recompensas de todo orden, se abre en lo referente al modo de ocupar a los enfermos y en él se puede hacer uso de todas las iniciativas y del más grande espíritu de invención por parte del médico y del personal subalterno. En nuestra organización, para ocupar a los enfermos, damos la preferencia a las actividades desarrolladas en los talleres que tenemos instalados fuera de los servicios psiquiátricos, sitio en donde los enfermos amplían la escasa noción de salud que les queda, cuando logran establecer la gran diferencia que hay entre el ambiente del Departamento de enfermos y el reconfortante y entusiasta ambiente de los lugares de trabajo; pero como todos no están en con-

diciones de disfrutar de este beneficio, nos vemos obligados a ocupar a los excitados, a los agitados, a los muy agresivos, a los que tienen tendencia a la fuga y a los que tienen el carácter de delincuentes, en los talleres y en las instalaciones que tenemos dentro de los servicios cerrados.

En segundo término empleamos el trabajo al aire libre en los huertos, en los jardines, en el sostenimiento de los prados del nuevo Hospital de Bello y por último en el propio régimen doméstico: servicios de cocina, de lavadero, aseos, vigilancia de otros enfermos, etc. y en general en todos los oficios que pueden ser desempeñados por esta clase de personal; fuera de estos lugares de trabajo tenemos secciones de alfabetización, meloterapia y recreaciones como deportes, bailes, paseos, proyecciones cinematográficas y secciones de televisión; siendo nuestra aspiración la de que, dentro del plan de auto-sostenimiento en que está empeñado el señor Dr. Luis Carlos Posada, Médico Jefe del Hospital, les podamos confiar a los alienados todos los oficios que sean capaces de desempeñar, admitiendo de antemano, que tanto en el campo doméstico como en el administrativo la mayor parte de las ocupaciones de un Hospital para enfermos mentales pueden ser desempeñadas por éstos.

El servicio de Ergoterapia del Hospital Mental lo dividimos en dos secciones: la primera es una sección donde hacemos las investigaciones necesarias para complementar los diagnósticos en los casos difíciles; y la segunda es una sección dedicada a la rehabilitación, a la readaptación de los enfermos convalecientes y al empleo de los enfermos crónicos e incurables.

La primera de estas secciones es una especie de laboratorio, en donde observamos y estudiamos a los pacientes a través de las múltiples actividades que desarrollan y en las cuales tienen la oportunidad de expresar libremente sus estados afectivos retenidos y sus ideas anormales; porque, admitida como está hoy la existencia del inconsciente y aceptada la presencia de situaciones traumáticas que dejan emociones inmovilizadas y perturbadoras de la conducta de los seres humanos, es apenas lo natural que esos desperfectos en el funcionamiento del psiquismo se exterioricen a través de las realizaciones personales. En la sección de investigación y de diagnóstico les damos plena libertad a los enfermos para que con materias plasmables, con pinceles o con lápices ejecuten a su gusto, sin diseño y sin orientación previa obras en las cuales descubrimos aquellas emociones que por no haber recibido la descarga normal, están produciendo grandes



trastornos en la conducta o están siendo el origen de ideas delirantes, de obsesiones, de estados de ansiedad y de agitación, cuya causa no ha sido posible establecer con los estudios de la Clínica.

Con este sistema el enfermo, en sus creaciones, consigue destruir las defensas creadas y burlar la resistencia del inconsciente para exteriorizar los conflictos que están produciendo la inestabilidad emocional, la ofuscación de la conciencia y el caos de la conducta, o levanta las represiones que le están alejando del campo de la conciencia, ya sus anormalidades de orden sexual, bien el tremendo poder destructivo de su cólera o la culpa, que al dejarle una fuerte ansiedad le quita toda libertad de acción.

Cuidadosamente seleccionado el material que se obtiene en la sección, permite observar las variadas producciones, las cuales resultan de acuerdo con la entidad psiquiátrica que padece cada enfermo; en las unas se aprecia con claridad la desintegración de la mente esquizofrénica que no es capaz de completar los conceptos o que los presenta hendidos y truncos; que no puede colocar en orden ni las cosas que son demasiado conocidas como las diversas partes del cuerpo humano; que ejecuta obras mutiladas o monstruosas o estereotipadas, realizaciones en las que hace resaltar detalles inútiles y proyecta toda la ansiedad de su catástrofe interior; en otras, aparece la agresión simbolizada en incendios, en fuertes oleajes, en naufragios, en batallas, en accidentes, en pedazos aislados del cuerpo humano y en la fabricación o en el dibujo de elementos destructivos; en otros, son manifiestos los rasgos depresivos mientras que en otros se aprecian con claridad meridiana los sistemas defensivos y el ocultamiento del miedo.

La segunda sección funciona de acuerdo con la orientación general del Hospital y se mueve dentro de la organización con disciplina de sección independiente, lo cual nos permite ocupar a los enfermos de acuerdo con su estado mental y por consiguiente lograr que su conducta no produzca reacción desfavorable dentro del ambiente hospitalario.

Con esta sección tratamos de hacer que todos los enfermos, en la medida de sus posibilidades, recuperen o desarrollen la capacidad necesaria para vivir una vida social que les permita sostenerse y sostener a sus familias. Para conseguir esta finalidad utilizamos procedimientos técnicos con los cuales conseguimos la aceptación del trabajo por parte de los enfermos y logramos que éstos realicen metódicamente su trabajo dándole un fin puramente terapéutico, por-

que el trabajo ejecutado sin los requisitos necesarios es una ocupación o quizá una diversión, pero nunca puede considerarse como un efectivo tratamiento.

Las diversas agrupaciones que integran nuestro Departamento de Ergoterapia funcionan como organizaciones para psicoterapia de grupo y las aprovechamos para hacer la educación terapéutica por medio de la ocupación, ya que en el manejo moderno de los enfermos mentales ambas son inseparables, se complementan y se sostienen mutuamente. Es más, puede decirse que la ocupación es solo una parte de la acción educativa porque en definitiva "toda sicoterapia no es otra cosa que una educación hecha con el objeto de restituir a los enfermos la voluntad, la libertad y el poder de autoconducción de manera ordenada y útil".

Teniendo en cuenta esta concepción sobre la ergoterapia, basados en nuestra experiencia y en el número de pacientes que han pasado por nuestros servicios de terapia ocupacional antes de ser dados de alta en el Hospital Mental, podemos afirmar que lo decisivo para la terapéutica es que la ocupación que se dé a los enfermos sea un trabajo auténtico que les permita sentirse iguales a los que se consideran como sanos, porque solamnete esta clase de ocupación útil produce los efectos buscados, entre los cuales uno de los más importantes es la conservación y el fortalecimiento de la capacidad para el buen rendimiento.

Le hemos dado al Departamento de Ergoterapia una organización interna que permita la distribución de los pacientes, a la manera clásica, dentro de 4 grupos de acuerdo con su estado mental:

En el primer grupo colocamos a los pacientes, que por estar sufriendo un ataque muy agudo cuya intensidad no ha sido posible dominar con los tratamientos generales, presentan una gran inhibición y una intensa obtusión en las esferas mentales; fuera de estos, incluimos en el grupo a los enfermos crónicos muy deteriorados y a los oligofrénicos. Las actividades para estos pacientes se reducen a separar granos y materiales de diversos colores, a trabajar con plastilina, a doblar cajas exteriores, de fósforos, a pegar rastrillos, a motilar trenza de cabuya, a recortar y a observar revistas y por último a transportar objetos de una parte a otra. En general, estos enfermos están dedicados a trabajos en los que sólo funcionan determinados grupos musculares de una manera monótona y estereotipada, haciendo las cosas casi siempre por imitación.

En el segundo grupo colocamos a los que, merced a los tratamien-

tos generales han remitido parcialmente en su sintomatología y que ya comienzan a recuperar sus facultades y capacidades para la ejecución de trabajos un poco más complicados. A estos enfermos los ocupamos desmalezando, recogiendo abonos, abriendo zanjas y conservando cercas, pegando pequeñas bolsas de papel, engomando cajas de fósforos, y doblando cajas para empaques, escogiendo mimbres y cabuya, doblando tabaco, machacando trenza para tapetes, así como en trabajos sencillos de lavadero y haciendo limpiezas en general.

Al tercer grupo pertenecen los que han hecho una remisión franca de la sintomatología, que ya están en condiciones de desarrollar una buena empatía y una sociabilidad que les permita adaptarse a una comunidad y mantenerse en contacto armónico con ella.

Ocupamos a estos enfermos en el cultivo de plantas débiles y de legumbres, cuidando los establos, aseando el ganado, tejiendo en telar bipedal, fabricando cajas de cartón para empaques, haciendo cuadros de cabuya para tapetes, envolviendo hilos, moldeando y en general en trabajos manuales variados.

El cuarto grupo recibe a los enfermos que por su gran mejoría están en condiciones de salir del Hospital y establece un lazo de unión entre éste y la sociedad normal. Los enfermos de este grupo trabajan en las huertas, en el cultivo de árboles, en el mejoramiento de los campos del nuevo Hospital Mental, en tejidos de mano, en la confección de vestidos, en el cuidado de la Biblioteca, en la fabricación de tapetes, tapices y limpiapiés, en bordados a máquina y a mano, en modelados, en pintura y en tejidos en general.

Con estos grupos buscamos solamente una buena organización interna y conseguir que la ocupación pueda mantenerse cerca del límite superior de la capacidad de producción que posea el individuo y a ese resultado llegamos haciendo rotar a los enfermos entre los diversos grupos, persiguiendo siempre un progreso gradual, de manera que las fuerzas y las capacidades crezcan en forma ascendente, logrando que los enfermos utilicen totalmente las energías disponibles e impidiendo que algunos de ellos permanezcan inútiles y pudiendo ocupar a los enfermos inferiores, "cuya integración a la comunidad social de trabajadores es una de las tareas fundamentales de todo Hospital".

De acuerdo con la organización que tiene el Departamento de Ergoterapia, estamos en capacidad de emplear a casi todos los enfermos del Hospital, pudiendo recorrer una gama que comienza en los

convalecientes de los síndromes mentales agudos y acaba en los oligofrénicos.

En los que están bajo la acción de tratamientos fisioterápicos o quimioterápicos empleamos el trabajo porque consideramos que él desempeña un papel de fijador de los resultados conseguidos por aquellos, estabilizando la conducta normal, perfeccionando los engramas de los diversos grupos musculares y manteniendo el interés por la vida normal y por todo lo que a ella compete.

En los que están siendo sometidos a tratamientos psicoterápicos el trabajo desempeña un gran papel en la ampliación del camino que el psicoterapeuta va consiguiendo abrir con sus investigaciones analíticas, afirma los progresos, afianza el interés, descubre los rechazos y los conflictos a través del material suministrado por este nuevo venero de actividad.

En las depresiones de los psicóticos y de los neuróticos no es muy efectivo, pero cuando está dirigido por una persona capacitada les ayuda mucho a los otros tratamientos.

En las excitaciones de tipo moderado, asociado a otros tratamientos, es útil para dar salida a la energía sobrante, la cual bien encausada puede convertirse en una fuente de producción, antes que en un elemento de perturbación para el sujeto y para quienes lo rodean.

En los que tienen tendencia a desligarse de la realidad y a refugiarse en su actitud de ensimismamiento, en los dados a especulaciones metafísicas o cósmicas, en los arrastrados por el mentismo o que están dominados por ideas fijas, en los que peligrosamente se acercan al terreno de las obsesiones, en los compulsivos que tienen dificultades para tomar decisiones, en todos ellos el trabajo aligera la pesada carga que produce la excesiva concentración, acelera los procesos de la voluntad ayudándole a pasar de la etapa del propósito y suprime el alelamiento por el estímulo del interés.

En los pacientes, que por el hecho de tener una enfermedad orgánica que les resta alto porcentaje en la capacidad de rendimiento, con acentuación de las nociones de dependencia y de disminución de la confianza en sí mismos, un trabajo metódico y progresivo, adecuado y seleccionado en forma tal que aproveche, estimule y especialice las partes sanas del individuo, les devuelve la confianza en sí mismos, les ayuda a supercompensarse y los hace unas personas útiles para la familia y para la sociedad.

En los que por falta de algún sentido, o por lesiones de por vida o por deformaciones físicas presentan manifestaciones psíquicas pa-

tológicas, bien sean estas depresiones o formaciones paranoides no muy acentuadas, el trabajo les ayuda a redimirse de su incapacidad, les devuelve la noción de auto-confianza y con ella la superación de complejo y no pocas veces la vuelta a la normalidad total.

En los angustiados, en los ansiosos y en general en los que padecen una excesiva tensión emocional, el gasto de energías, la necesidad de concentración, el forzado contacto con los demás que resulta de la permanencia en el taller y las preocupaciones inherentes a la ocupación, son elementos esenciales para la recuperación y solo se consiguen por medio del trabajo.

Los dementes seniles pueden y deben trabajar, siempre que el déficit no sea tan acentuado que haga imposible su manejo, ocupándolos en actividades que estén a nivel de su situación mental. Es bien sabido que la inactividad en las personas de edades avanzadas es una de las causas que aceleran la demencia.

Los servicios de epilépticos se benefician ampliamente con el trabajo que trae la tranquilidad, descarga la agresividad, evita las fricciones entre los diversos enfermos por medio del movimiento ordenado y colabora ampliamente con los tratamientos anticonvulsivos para conseguir la sedación y la readaptación a la comunidad.

Los oligofrénicos, especialmente los débiles mentales y los imbéciles superiores, deben ser ocupados en actividades que correspondan a su desarrollo mental, ya que estos enfermos tienen facilidad y a veces son extraordinarios para el desempeño de determinados oficios; además, con el trabajo se les saca del ocio que da campo para actividades anormales y perversas y se les evita la formación de reacciones paranoides que tan frecuentes son en esta clase de enfermos.

De la enumeración que venimos de hacer se desprende, en términos generales, que todos los enfermos cuya sintomatología no sea demasiado aguda, así como también los enfermos crónicos cuyo déficit no sea muy acentuado y cuya agresividad no sea excesiva, pueden beneficiarse con la ERGOTERAPIA que les presta un servicio importante, especialmente cuando se combina con otras terapias. Ella modifica también la presentación de los HOSPITALES MENTALES quitándoles el aspecto de horror y de misterio que injustificadamente suele dárseles; ella les cambia la organización de lugares estáticos para imprimirles el ritmo dinámico que nace del laboreo diario acelerando y afianzando la curación o evitando que se agrave el mal que padecen los enfermos y ella les presta un buen servicio a las entidades asistenciales de esta índole, acortando el tiempo

de permanencia y disminuyendo el costo de sostenimiento por enfermo con la fabricación de algunos de los implementos que son necesarios para su buena tendencia.

## BIBLIOGRAFIA

**Isidro Mas de Ayala** "Tratamiento por la ocupación activa, de los enfermos mentales". "Estudio sobre los psicópatas en Alemania".

**Mauricio Levin:** "Psicoterapia en la práctica médica".

**Hermann Simon:** "Tratamiento ocupacional de los enfermos mentales".

**Willard and Spackman:** "Principles of occupational Terapy".



## PSICOPATOLOGIA GENERAL DE KARL JASPERS

Dr. Horacio León Restrepo M.

Nunca he publicado trabajo alguno y esto, en parte, debido a que soy de la opinión de que sólo debe publicarse algo que merezca la pena y que posea todas las garantías de seriedad, ética y pulcritud científica. Esto lo digo porque abundan tanto las repeticiones vacías, o los plagios apenas disimulados con la única intención de hacer aspavientos y de conquistar una fama pseudocientífica.

Creo también que todo trabajo debe, previamente, delimitar lo que se propone y destacarse por la claridad de los conceptos y la pureza de los métodos.

De allí, que hoy, cuando me he decidido a dar a la publicidad estas líneas aún venciendo mis propios deseos, crea mi deber hacer primeramente las siguientes aclaraciones:

Este trabajo se originó cuando fui requerido para dar una idea del pensamiento psiquiátrico de Karl Jaspers a mis colegas del Hospital Mental en una de nuestras Reuniones Sabatinas.

El fin propuesto es, simplemente "informar" sobre los conceptos que da Karl Jaspers en su Psicopatología General y nada más. No hay en estas páginas ningún concepto original mío; me he limitado simplemente a informar y para esto, casi en su totalidad, me he servido de párrafos, unas veces literalmente tomados y en otras con escasas variaciones de dirección del mismo libro comentado o de los otros textos que me sirvieron de consulta. Se trata en este trabajo simplemente del deseo de hacer conocer el más profundo pensador psiquiátrico de los últimos tiempos y de crear la inquietud de dedicarse seriamente a su estudio.

Creyendo que de esta manera queda aclarado el fin de este trabajo y la manera como se efectuó, empecemos dando algunos datos sobre la persona y la trayectoria del autor de la Psicopatología General.

Nacido en Oldenburg (Alemania) en 1883 y graduado de bachiller en letras en 1901, cursó sus estudios universitarios en Heidelberg, Munich, Berlín y Gottinga.

Se doctoró en Medicina a los veintiseis años con la tesis "Heimweh und, Verbrechen" e inmediatamente entró en la Clínica Psiquiátrica de Heidelberg, como asistente científico de Nissl.

Desde 1913 dictó el curso de Psicología en esta misma Universidad, con el título de Profesor Extraordinario desde 1916 y luego en

1921 ocupó la cátedra de Filosofía, llegando, más tarde, a ser rector de la famosa Universidad de Heidelberg.

Su labor científica comprende más de cuarenta años, de los cuales unos veinte los ha dedicado exclusivamente a la Filosofía y otros veinte a la Filosofía y a la Psicopatología a la vez.

Karl Jaspers es una figura que marca, pudiéramos decir, una época psiquiátrica. Es, sin duda, el pensador más profundo en estas materias en la época actual. Es una figura genial en Psiquiatría.

Su obra "Psicopatología General" es resultado de su labor global y forma la piedra angular de todo estudio psicopatológico serio.

La primera edición se publicó en 1913, cuando Jaspers tenía treinta años y regentaba la cátedra de Filosofía en Heidelberg. Luego ha habido otras cuatro ediciones, respectivamente en 1919, 1922, 1942 y 1951.

Además de la que comentamos, son obras suyas "Psychologie del Weltanschauungen" (1919), "Philosophie" (1932), "Philosophische Logik" (el primer tomo en 1947), "Strindberg und Van Gogh" (Versuch einer Pathographischen Analyse unter Vergleichender Heranziehung von Swedenborg und Holderlin) publicada en 1949, la recopilación de las conferencias pronunciadas en la Universidad de Basilea en Julio de 1947 que apareció en castellano con el título de "La Fé filosófica" y muchas otras monografías, conferencias etc.

La aparición de la Psicopatología General ocurrió en una época en que la principal preocupación de la Psiquiatría consistía en la investigación clínica y nosológica.

Kraepelin había aportado lo mejor en cuanto a Psiquiatría nosográfica, Bonhoeffer había limitado con precisión las Psicosis Sintomáticas. Nissal y Nonne habían introducido la investigación del L. C. R. en el reconocimiento de las Psicosis Orgánicas y Janet había proporcionado datos llenos de interés sobre las "Neurosis".

Parecía que el organismo había triunfado definitivamente en la mayoría de los psiquiatras, pero sin embargo existían otros que se adherían a alguna concepción espiritualista o psicologista y reinaba un caos en la nomenclatura de síntomas y enfermedades.

Es entonces cuando aparece la "Psicopatología" y asienta los fundamentos de la psicopatología general.

Tomando pie en esta obra, la Fenomenología de Jaspers, dio origen a la llamada "Escuela Psicopatológica de Heidelberg", la cual se puede dividir en dos épocas 1925 - 1935 con Gruhle y Mayer-Gross y 1935 - 1945 con Karl Schneider y Zuker. Actualmente el insigne Kurt Schneider sigue la tradición fenomenológica.



Karl Jaspers con Kronfeld, Kretschmer, Birnbaum, Bleuler, Kleist, Von Weizsaecker y otros han participado desde varios campos de investigación de la discusión de la antinomia: Sistema nosológico-Psicosis única; y con Kurt Schneider se ha afanado por trazar delimitaciones precisas entre lo normal, los cambios comprensibles de la personalidad (psicopatías) y los incomprensibles (psicosis), creando así los conceptos de Desarrollo, Reacción y Proceso que tan honda huella han hecho en la Psiquiatría moderna.

Con Krehl, Von Weizsaecker y Siebeck en Heidelberg ha contribuido a completar el sistema psiquiátrico de Kraepelin por medio de una Antropología biológica.

A pesar de su trayectoria como filósofo, Jaspers no es partidario de la mezcolanza entre Filosofía y Psiquiatría, pero sí cree necesario y conveniente que el psiquiatra conozca bien las disciplinas espirituales relacionadas con su especialidad ya que, según él, "la verdadera filosofía, evita la introducción subrepticia de la falsa filosofía en cualquiera disciplina de estudio".

Con Jaspers resulta más completa la comprensión del enfermo mental, puesto que no se dirige solamente a los instintos sino también al espíritu, y de ahí el carácter esencialmente comprensivo de su sistema fenomenológico.

La distinción entre lo comprensible y lo incomprensible ha cristalizado en la diferenciación entre fenómenos procesales y no procesales, que es como decir Psicosis y no Psicosis, según que el cuadro psicológico sea incomprensible o comprensible respectivamente.

Como raíces filosóficas del pensamiento Jasperiano se pueden señalar a Kant, Dilthey, Husserl, Max Weber, Nietzsche y otros.

Y hasta aquí este bosquejo sobre la persona y obra general de Jaspers. Pasemos luego a informar sobre su obra Psicopatología General".

En ésta, el autor hace una revisión completa de los conocimientos psicopatológicos hasta entonces acumulados y revisa las distintas fuentes y métodos de conocimiento en este campo, no siendo este trabajo ordenador nada despreciable y sí, por el contrario, un aporte valiosísimo en el campo psiquiátrico.

Cada uno de los temas es analizado, criticado, ordenado y catalogado, estableciendo una verdadera terminología psiquiátrica basada en el más serio y concienzudo de los análisis.

La obra se halla dividida en seis Partes, precedidas de una Introducción y seguidas de un Apéndice. Cada una de éstas dividida en capítulos y algunos de estos en Secciones.

La primera parte está destinada al estudio de "Los hechos típicos particulares de la vida Psíquica". La segunda a la "Psicología comprensiva", la tercera a "La psicología explicativa", la cuarta trata de "El conjunto de la vida psíquica", la quinta se consagra a "El alma anormal en la sociedad y en la historia" y la sexta y última a "El todo del ser humano". En el Apéndice se ocupa del examen de los enfermos, del pronóstico, de las tareas terapéuticas y por último de la historia de la psicopatología como ciencia. Como se ve por la sola enunciación de los títulos, la obra es de gran amplitud y se ocupa de todos los puntos básicos y capitales en esta materia.

El capítulo primero de la primera parte está destinado a la fenomenología.

Aquí hay que distinguir: Fenomenología como escuela filosófica y fenomenología como método de investigación puramente psicopatológico.

El término Fenomenología, en sentido amplio y literal, significa la ciencia de los fenómenos. (Fenómeno: es lo intuitivamente dado; la imagen que nace en el sujeto cognocente bajo el influjo de la cosa y en el cual esta se nos manifiesta en la forma correspondiente a la peculiaridad de nuestros sentidos).

En sentido estricto, fenomenología es la ciencia de los fenómenos que se manifiestan en la conciencia (ya que los fenómenos se nos revelan en la conciencia).

Hegel empleaba este término para designar la totalidad de las manifestaciones del espíritu en la conciencia, la historia y el pensamiento y Husserl al principio, lo empleó para la "Psicología descriptiva" de las manifestaciones de la conciencia y luego para "La contemplación de la esencia".

Como escuela filosófica la fenomenología parte de Husserl y entre los que la han cultivado se encuentra el mismo Jaspers. Husserl para lograr una base inatacable para todas las ciencias se sirvió del método fenomenológico que empieza con una doble reducción. La reducción eidética (prescinde de la existencia del yo, de los actos aprehensivos y de los objetos, considerando solamente la esencia de estos en su concreción íntegra. Y la reducción fenomenológica en la que es "suspendida" la independencia de estos contenidos con respecto a la conciencia.

La fenomenología considera sus objetos sólo como objetos, como correlatos de la conciencia y se definiría como "Una teoría puramente descriptiva de la esencia de las configuraciones inmanentes de la

conciencia". Esta considera que a toda ciencia empírica corresponde una ciencia eidética de la esencia u ontología regional.

En esta dirección Husserl estudia sobre todo el problema de La Verdad y M. Scheler se vuelve a la Filosofía de los valores. En Heidegger la fenomenología se convierte en Filosofía Existencial "la esencia del ser, no es conciencia quiescente sino historicidad y tiempo". Jaspers en su Psicopatología, usa el término fenomenología solo para el dominio de "la vivencia psíquica individual" y como "un procedimiento empírico". Esta es, pues, la acepción de Fenomenología como método del cual nos dice el autor que "es uno de los fundamentos de la psicopatología".

En este último sentido es como nos interesa la Fenomenología a nosotros y al respecto nos dice el mismo Jaspers en su obra que la fenomenología tiene por objeto el estudio de los estados del alma, tal como los experimentan los enfermos; trata de presentarlos ante nosotros bajo una forma concreta y de considerar sus relaciones de parentesco e intenta delimitarlos con la máxima precisión posible, distinguirlos y nombrarlos con términos fijos.

Y continúa diciendo: En el estudio fenomenológico sólo nos interesa lo que el enfermo experimenta propiamente, lo que ocurre realmente en él; cómo se da en él algo en la conciencia, cómo se le insinúa algo. Tenemos que hacer abstracción de conexiones, de lo añadido mentalmente y de representaciones teóricas; sólo lo realmente existente en la conciencia debe ser representado. Hay que dejar de lado todo lo demás, todas las teorías, las interpretaciones, las apreciaciones.

Esta actitud ante los hechos psíquicos, esta manera de verlos con toda imparcialidad no es algo que esté de modo natural en el hombre, es algo que necesita ser adquirido por la práctica.

En fenomenología importa informarse de todo fenómeno psíquico, de toda vivencia que se manifieste en la exploración del enfermo y en sus autodescripciones; no se puede uno contentar con la "impresión total" o con algunos detalles al azar, hay que saber de todo pormenor.

Naturalmente que no nos es posible percibir el estado mental de los demás como percibimos su estado físico y entonces para tratar de obtener una comprensión de aquél, siempre tenemos que tratar de describir una serie de manifestaciones externas del estado anímico, estudiar las condiciones, comparaciones y simbolizaciones.

Para esto nos servimos de las autodescripciones o confidencias de los enfermos, siendo mejores las que se obtienen de ellos en la con-

versación que las que se obtienen por escrito, ya que éstas últimas, aunque a veces más extensas y más ricas, deben considerarse con precaución. Teniendo en cuenta que quedamos al "juicio psicológico" de los enfermos, puesto que sólo por ellos nos son comunicados los fenómenos patológicos, que ellos mismos son los observadores y que a nosotros sólo nos toca examinar la capacidad de juicio y su credibilidad, se ha caído en los dos extremos opuestos: negarles a estas descripciones todo valor o considerarlas excesivamente dignas de fe.

Lo juicioso es tomar una postura intermedia. Estas autodescripciones no solo son insustituibles sino que en muchos casos son dignas de toda confianza; la comparación de las dadas por muchos enfermos nos muestra que se repiten idénticamente.

En otros casos, por ejemplo en los histéricos las descripciones son inseguras así como en el terreno de los psicópatas y es entonces necesario considerarlas críticamente ya que estos enfermos informan muchas veces por complacer al médico lo que creen que éste espera de ellos, y buscan obtener cierto efecto cuando se dan cuenta del interés del médico. Desde el punto de vista que analizamos importa sobre manera hacer la diferencia entre "Forma" y "Contenido" de un fenómeno.

Las formas "caracterizan el modo de existencia en que están presentes para nosotros los contenidos". Forma es "la manera como el sujeto tiene el objeto ante sí (por prescripción, representación etc)".

Mejor se aclara esta diferencia por un ejemplo. En una percepción engañosa, la forma es este fenómeno en sí: por ejemplo, en la alucinación el hecho de que haya percepción sin objeto y el contenido puede ser muy variable (generalmente según el círculo cultural y espiritual del enfermo) árboles, demonios, paisajes, voces, etc., etc.

Pues bien, fenomenológicamente solo interesan las formas, lo cual es una postura bien distinta a la del enfermo a quien lo que importa son los contenidos.

El enfoque hacia las formas, independientemente de los contenidos se ha mostrado muy fructífero y ha permitido aislar hechos y denominarlos acertadamente, evitando la confusión que surge cuando nos atenemos a ellos.

Si siguiendo esta directriz podríamos paulatinamente acercarnos al cumplimiento de un deseo que está en todos y que han pregonado grandes figuras de la psiquiatría en algunos congresos como Kurt Schneider y Juan J. López Ibor (verdaderos coconcedores de la obra y el pensamiento de Jaspers) de unificar en lo posible la terminología. Así

podría apreciarse mejor la literatura psiquiátrica y los resultados terapéuticos ya que no sucedería como hoy en que los hechos son denominados en cierto modo, arbitrariamente. También esta delimitación clara favorece la demarcación de los cuadros nosológicos o tipológicos.

Por todo lo dicho se puede colegir la gran importancia de la orientación fenomenológica en psicopatología y el gran aporte que con ella dio Jaspers a la psiquiatría.

Siguiendo este modo de pensar y de observar pueden hacerse diferencias más sutiles y afinar muchísimo más en la separación de hechos que a primera vista parecían, considerados de otra manera, como iguales. Así por ejemplo se distinguirá entre: alucinaciones y pseudoalucinaciones, ideas obsesivas, sobrevaloradas y delirantes, ideas deliroides etc, matices estos de gran importancia para la pureza del diagnóstico.

Jaspers en su obra estudia desde este punto de vista, desde lo objetivo (alucinaciones etc.) hasta la vivencia del tiempo y el espacio, la conciencia corporal, la conciencia de la realidad (en donde se estudian las ideas delirantes) los estados afectivos, impulsos y voluntad, conciencia del yo y fenómenos reflexivos.

Como dice el mismo autor "más que estudiar y aprender psicopatología y fenomenología hay que aprender a observar, a interrogar, a analizar y a pensar psicopatológicamente y fenomenológicamente".

El campo de la fenomenología es pues, el de los fenómenos psíquicos vivenciados, experimentados por el propio individuo, es decir subjetivos y por esto se denomina Psicología Subjetiva.

Existe otro campo, el de la Psicología Objetiva, que abarca la psicología de los rendimientos, la somática, la de la expresión, la del mundo y la de la obra.

La Objetiva en conjunto se ocupa, como lo dice su nombre, de los hechos objetivos, perceptibles por los sentidos, por los cuales a veces nos es posible el acceso al alma de los otros individuos.

Se pudiera decir que, la psicología subjetiva es la visión del alma ajena "desde dentro" y la psicología objetiva, la visión del alma "desde fuera".

La Psicología de los rendimientos, como lo indica su nombre, estudia los rendimientos de una persona. Necesariamente, en este campo se hace alusión a la medida de algo, por ejemplo la exactitud de la percepción del espacio o la apreciación del tiempo. Se hace una apreciación cuantitativa o se hace la medición de algo general. "Lo

común es que el hallazgo sea aprehendido como cumplimiento de una tarea, sea una tarea planteada por el investigador o planteada intencional pero efectivamente por la situación real”.

Bajo este campo se pueden estudiar las funciones de la aprehensión, de la memoria, los rendimientos del trabajo, las funciones de la inteligencia, el juicio, el lenguaje etc., siempre, como se dijo, tratando de medir.

La Psicología Somática atiende a “los fenómenos concomitantes y consecutivos a los procesos psíquicos”. Se trata de hallazgos del cuerpo que tienen relación con los movimientos psíquicos pero que no pueden filiarse como fisognómicos o mímicos.

En todos los procesos psíquicos, especialmente los afectos, se pueden observar manifestaciones corporales concomitantes como las que todos hemos observado en la vida corriente (enrojecimiento o palidez en la vergüenza o el espanto respectivamente, asco y vómitos, sentimientos dolorosos y lágrimas etc.) Fuera de éstos, así, claramente observables, hay otros que se descubren por medio de aparatos como las alteraciones de la respiración, las variaciones en la presión arterial etc., dependientes de motivos psíquicos.

Bajo este campo se abren capítulos inmensos como son las relaciones cuerpo-alma que desbordan al plano filosófico, pero que tienen gran importancia para situarse ante gran número de perturbaciones observables.

Incluso, este capítulo está íntimamente vinculado con la célebre medicina Psicosomática tan en boga en la actualidad. Fuera de esto, en el campo de las verdaderas psicosis, muchos investigadores se han ocupado de su estudio bajo este punto de vista, haciendo hallazgos somáticos en ellas.

La Psicología de la Expresión, con sus subdivisiones de Fisognómica y Mímica “atiende a los hechos significativos del cuerpo y de los movimientos”. Este campo, como se sabe ha sido uno de los predilectos de los pseudocientíficos y de los más frecuentados por los charlatanes.

Se tiene la fisognómica cuando se consideran las facciones de manera estática y la mímica cuando consideramos éstas en movimiento como en los gestos, sobre todo del rostro.

La Psicología del mundo, atiende a la conducta y al modo de existir. La conducta de un hombre, hasta en los detalles más pequeños, puede ser interpretable como manifestación de una personalidad o de una disposición. La descripción de las diversas conductas, tanto

en los estados crónicos como en las psicosis agudas es tarea de la psiquiatría especial.

Dentro de éstas hay conductas especialmente bien descritas y casi que características como la catatónica, la hebefrénica, la de los deprimidos y la de sus opuestos los maníacos, etc. Todas estas descripciones son datos de gran valor semiológico.

Respecto al modo de existir se nos presentan campos tan pintorescos como "la Formación del ambiente". Así, podemos ver y describir cómo se visten, cómo organizan su vivienda ya que todo esto, constituye una irradiación de la naturaleza humana puesto que el individuo consciente o inconscientemente los altera. Hoy en los sanatorios modernos, poco se puede ver a este respecto, pero son notables las descripciones de los antiguos y algo se puede todavía hoy observar en los modernos y en las residencias particulares de los enfermos. Algunas veces llegan a ser característicos. Comprendido en la psicología del mundo está "El modo de vida". En este observamos su comportamiento ante los individuos, ante el oficio, ante los familiares, etc. y por último tenemos las "Acciones". Sabido es que el enfermo mental para los particulares, llama la atención no por lo que luego será importante para el médico (por los síntomas elementales) sino por "su comportamiento social significativo".

A veces estas maneras de comportarse son muy notorias y aparecen en el centro de la consideración ya como funestas para la sociedad o para el propio enfermo. Por esto todavía existen denominaciones basadas en estas maneras de obrar como por ejemplo "Monomanía", "Cleptomanía", "piromanía", "dipsomanía" etc.

Entre las acciones más llamativas se encuentran: "los viajes" que pueden darse en los paranoicos para escapar de las supuestas persecuciones, en los deprimidos que deambulan sin objeto en medio de su angustia, en los dementes que no pueden adaptarse socialmente y se hacen vagabundos y en los llamados "estados de fuga" en que se emprenden viajes intempestivos, sin objetivo previamente determinado y sin relación comprensible con los estados psíquicos previos.

"Los suicidios" que son condicionados psíquicamente por la angustia y el disgusto total de la vida del melancólico, los intentos de suicidio, (generalmente frustrados y teatrales) cometidos por parte de los histéricos. Al lado de éstos deben figurar las automutilaciones que se ven en los psicóticos graves, como por ejemplo en los esquizofrénicos.

La sitiofobia a veces como propósito consciente de quitarse la vi-

da, o por miedo a envenenamiento, o por simple asco a la comida. También el contrario de esta última o sea los enfermos que comen de todo hasta excrementos.

“Los crímenes” por ejemplo, en el paranoico, que se siente perseguido y puede llegar al crimen en su defensa, los melancólicos que en su desesperación pueden asesinar a sus familiares inmediatos y suicidarse. Todavía más impresionantes son los asesinatos incomprensibles, cometidos sobre todo en la esquizofrenia de comienzo, en los que falta toda motivación suficiente, el hecho se ejecuta con gran frialdad y existe completa falta de arrepentimiento.

Igualmente en el terreno de la Psicología del mundo es interesante lo que Jaspers llama “La transformación del mundo”. El autor distingue entre “el ambiente objetivo” que es todo lo que existe para el observador, sin que obre sobre el sujeto y que es característico para éste por el hecho de vivir como si ese ambiente no existiera, y “La imagen del mundo” que es lo que se ha vuelto objetivamente consciente para el individuo dentro del mundo circundante.

Al referirnos a “la transformación del mundo” nos referimos a esa “imagen del mundo”, esta es la que se transforma en determinadas enfermedades como por ejemplo la esquizofrenia y la neurosis obsesiva.

Sobre este tema se han escrito ensayos muy interesantes llamando especialmente la atención los referentes al mundo esquizofrénico y al obsesivo.

La Psicología de la Obra atiende a las producciones espirituales del individuo.

La vida del alma se objetiva en las obras. Como tal se pueden considerar el lenguaje que nos indicará mucho en su tono, en sus neologismos, etc., producciones literarias, los dibujos, el arte y los trabajos manuales de los enfermos.

Así, aunque someramente, hemos pasado revista a la primera parte de la obra de Jaspers.

Antes de entrar en la segunda, me parece interesante insertar un esquema de las maneras como podemos enfrentar los sucesos de la vida psíquica.

1º—Se puede intentar describirlos de la manera más pura posible, describirlos estáticamente, sin la menor impureza de una interpretación genética y sin ponerlos en relación con los otros elementos de la vida psíquica. Se persigue así obtener representaciones claras



que se puedan designar de manera unívoca, se quiere saber cómo sucede el fenómeno en la mente del enfermo.

2º—Se puede tratar de comprender genéticamente los fenómenos, es decir, buscarles una explicación psicológica siguiendo la cadena de motivos y a este modo lo llamamos Psicología Comprensiva.

3º—Cuando el método anterior falla y para entender el hecho se recurre a una relación de causa a efecto como en el mundo de las ciencias naturales o cuando se recurre a inventar una teoría, se tiene el campo de la Psicología Explicativa.

Pues bien, la segunda parte de la obra de Jaspers está dedicada a la Psicología Comprensiva.

Hasta ahora no se había tratado de comprender ni de relacionar ningún hecho con el transcurso de la vida, solo se trataba de describir, de individualizar hechos.

Ahora, a la luz de la Psicología comprensiva, se trata de comprender por una parte los hechos antes enumerados y de relacionarlos.

No interesa en este capítulo solamente delimitar el hecho, como en el anterior, sino que nos interesa tratar de comprender por qué este individuo tiene este fenómeno (en cuanto sea derivable psíquicamente).

La psicología comprensiva no tiene la imparcialidad y el frío del estudio fenomenológico sino que quiere responder a preguntas como por ejemplo: de dónde proviene y con qué otras está relacionada la manifestación que se da.

Para comprender bien esto, es necesario captar la diferencia que existe entre “comprender” y “explicar” ya que en la tercera parte de la obra nos vamos a encontrar con la Psicología explicativa.

El explicar es el campo propio de las ciencias naturales en las que se establece una relación entre dos hechos que es la causal, en la que uno se considera como causa y el otro como efecto.

En psicología comprensiva existe otra manera de relación entre los hechos y se capta que un movimiento psíquico se origine en otro psíquico de una manera para nosotros comprensible. A esta manera de proceder es a la que se denomina comprensión genética para diferenciarla de la comprensión estática.

Con esta manera de entrar no podemos explicar por qué suceden estas cosas, pero sí podemos comprenderlas.

En la comprensión estamos ante “relaciones de sentido” en contraste con el explicar en que estamos ante “relaciones cuasales”, en el explicar trabajamos con “causas” en el comprender con “motivos”.

Un modo de comprender consiste en observar si en nosotros mismos está la posibilidad de revivir de lo que se trata, de sentirlo como experiencia interna análoga a la que acaece en el otro ser. A esta manera la llama Binswanger "explicación por motivos" en contraste con la "explicación por causas" propia de las ciencias naturales.

Captar acertadamente lo anterior, es de capital importancia porque en psiquiatría, fuera del campo común con el resto de la medicina (científico-natural) tenemos que actuar en otro campo y con otros métodos de conocimiento. (Estos últimos no los ha cultivado el médico durante su formación habitual y de allí que se encuentre un tanto confundido ante las descripciones y estudios psiquiátricos).

También es de interés captar estos conceptos para luego usarlos en el diagnóstico, ya que luego en la Psiquiatría nos van a decir que un "proceso" o un "fenómeno procesal" es un fenómeno inexplicable e incomprensible y más tarde nos van a definir la Esquizofrenia como "Un proceso". Luego, si no tenemos esto bien claro, no podremos hacer el diagnóstico acertadamente.

Dentro del campo de la psicología comprensiva que nos tenemos que limitar a bosquejar apenas, hay campos de estudio tan sugestivos como los símbolos, las reacciones situacionales, las ideas deliroides, la actitud frente a la enfermedad, las reacciones vivenciales normales y anormales etc. etc.

La tercera parte está destinada a la Psicología explicativa. En este sector nos encontramos regidos por el pensamiento causal. En esta manera de pensamiento siempre se trata de unir dos elementos uno considerado como causa y el otro como efecto.

El primer requisito consiste en que ambos elementos deben estar perfectamente delimitados y sin que exista confusión, pues de lo contrario no se pueden formular interrogantes causales adecuados.

Como gran división de las causas se suele considerar las endógenas y las exógenas. A los factores causales provenientes del mundo exterior se les llama exógenos y a los del mundo interior endógenos. Esta separación no es absoluta y solo se debe hablar de hechos predominantes condicionados por lo endógeno o por lo exógeno, cosa bien clara ya que "la vida es una acción recíproca de lo interno y de lo externo".

Dentro de los factores externos se examinan el día y la noche, la estación del año, el tiempo, el clima, la fatiga y el agotamiento y asimismo se tiene el inmenso capítulo de los tóxicos y el de las en-

fermedades corporales internas, endocrinas etc. en relación con la psicología y la psiquiatría.

De esta manera surgen los conceptos de Psicosis sintomática o sea de "las que surgen por el efecto causal de una afección corporal sobre los fundamentos corporales de la vida psíquica".

En este campo de la explicativa está el inmenso capítulo de la "Herencia" que es un campo de especialización capaz de llenar una vida.

La parte cuarta trata de "El conjunto de la vida psíquica" y tiene un primer capítulo dedicado a la Nosología, lleno de interés y en el cual el autor toma postura ante el sinnúmero de clasificaciones y analiza su fundamento con gran profundidad y propiedad. Un segundo capítulo está dedicado a la Eidología (de Eidos o Species: esencia completa de un ente en cuanto le es común a muchos individuos por ejemplo: El Hombre). En este capítulo analiza las variantes de sexo, constitución y raza.

El capítulo tercero está destinado a "El curso de la vida (biografía). Empieza diciendo que "toda vida psíquica es un todo como forma temporal" y que para captar un hombre se requiere la contemplación de toda su vida del nacimiento a la muerte.

Establece la diferencia que en este campo existe entre el médico somático y el psiquiatra. El primero, solo trata de captar una enfermedad pasajera o crónica pero no la personalidad entera y en cambio el psiquiatra debe ocuparse de captar la personalidad global con todos sus nexos de naturaleza personal y social. Se expresa diciendo: "Toda historia clínica correcta conduce a la biografía".

Al todo de la vida se llama "bios" del hombre y a su descripción o relato biografía. Como materiales de ésta, están los hechos referentes a un hombre que se puedan conocer. En todos ellos es importante situarlos en el tiempo y tener en cuenta su duración.

La biografía puede captar el "bios" en tres directrices: como "curso biológico", como "historia vital interna" y como "rendimientos y obra de un individuo".

Las categorías fundamentales de la biografía las separa en dos grupos: Las relaciones causales en las que están las "categorías biológicas" que explana en el párrafo denominado "El bios como acontecer biológico" ocupándose de la Edad (infancia, pubertad, vejez, etc.) y de las "series típicas de curso" (ataque, fase, período, etc.).

Las relaciones comprensibles en las que están las "categorías históricovitales" que explana en el párrafo titulado "El bios co-

mo historia de la vida" ocupándose de "primera vivencia", "adaptación", "crisis", "desarrollo de la personalidad". Luego se ocupa de la "Relación históricovital del alma con las fases de la edad". Como todos, este es un capítulo lleno de enseñanzas y de claridad metódica.

La parte quinta está dedicada al "Alma Anormal en la sociedad y en la historia". Tiene su razón de ser ya que como dice Jaspers: "La psiquiatría es distinguida del resto de la medicina también por el hecho que el alma humana recibe su sello entero de la circunstancia que el hombre no es solo una criatura natural, sino un ser cultural". Además, los procesos psíquicos tienen mucho que ver en su forma y en su contenido con el círculo cultural donde se desarrollan.

Trata temas tan interesantes como: El efecto de la civilización y de las guerras, de las revoluciones, las Neurosis de renta, el trabajo, la educación, los antisociales, etc. No obstante, la dejaremos para tratar de ocuparnos un poco de la sexta que lleva por título "El todo del ser humano".

Parece muy del caso, después de este recorrido somero por las páginas de la obra de Jaspers, exponer algo sobre lo que él mismo nos dice de su concepción del hombre.

Siempre, en todos los métodos y doctrinas, nos llama profundamente la atención la concepción del hombre que implícita o explícitamente encierran, y algo más, es que esta concepción nos sirve de esquema de trabajo en la práctica. De allí que sea a todas luces interesante darnos una asomada a lo que Jaspers nos dice al respecto en la última parte de su libro.

Después de decirnos cómo la ciencia ambiciona un conocer global sobre el hombre, afirma que esta ambición o exigencia no es posible, ya que no tenemos una imagen total del hombre.

Dice que el hombre tiene una posición de excepción en toda la naturaleza como "ser de la libertad" y que a pesar de todos los ordenamientos, al fin no resulta un "ser" básico del hombre empíricamente conocido, sino que queda el ser humano "abierto" y con ello el saber acerca de él.

Jaspers no admite la legitimidad de ningún sistema filosófico ni la posibilidad de ningún postulado general e inmutable en la aprehensión de la realidad humana. "Solo horizontes abiertos y relativismo metódico con la mirada en la plenitud ideal del objeto del conocimiento".

Previene contra el error de tratar de presentar en psicopatología

un principio del todo y fijarlo científicamente como punto exacto para el conocer y para la práctica.

No considera o no admite ningún punto de vista como el único valedero y ningún grupo de hechos como la realidad propiamente dicha.

Dice que ningún "todo" es "el todo" y que cada totalidad es una entre otras, una totalidad relativa.

Dice cómo debido a la tendencia a generalizar de modo absoluto la totalidad eventual y a ver en ella el ser verdadero y propio del alma o su centro o lo omnidominante, con mucha frecuencia surgen cuadros de "el todo" del ser humano que luego pasan a ser "todos parciales"; nos dice cómo ese "todo absoluto" del ser humano es inalcanzable.

Muchas de las doctrinas psicológicas están montadas sobre esos "todos parciales o eventuales" concebidos como totalidades absolutas y creyendo haber alcanzado una visión global y definitiva del hombre. Pero siempre resulta que si bien es cierto que el hombre es eso, es más que eso y de allí que según Jaspers todas estas generalizaciones absolutas sean falsas como tales.

Por esto, en la Psicopatología General de Jaspers, se nos hacen sensibles todas esas partes y facetas del ser humano como facetas parciales, como aspectos singulares en su manifestación, pero ninguna como absoluta, como totalidad verdadera.

Dice Jaspers que ese "todo único del ser humano" no se vuelve objeto para nosotros y que en todo intento de captación, se nos escapa.

Todas estas conclusiones las hace después de una revisión cuidadosa de la esencia del ser humano y después de un estudio crítico de las diversas concepciones, llegando a concluir justamente que el hombre no es abarcable ni puede encasillarse en estas totalidades parciales como han pretendido otros autores. "El hombre en totalidad es inabarcable". Todos los métodos tropiezan con enigmas que son "misterios fundamentales" para ese método de captación o de conocimiento y que constituyen incitaciones para reconocer el fracaso de este método y para buscar otro para el cual dejen de ser enigmas.

Considera como verdad el que la realidad mental, hasta en sus últimas derivaciones tiene fundamentos biológicos pero, dice, que no es posible nunca explicar el espíritu como tal en razón de esos fundamentos. Para él todo individuo es un punto importante "creado", de origen propio y no solo transmisión de un material hereditario modificado. Concibe al hombre como un espejo del todo, como la

presencia del mundo en pequeño, no suplantable ni simple. "El hombre en lugar de ser soluble en una suma de factores hereditarios es creado inmediatamente por Dios".

Según él, en el hombre hay algo más que la suma de los factores heredados y su medio ambiente, algo propio, algo suyo, inabarcable.

La causalidad tropieza con la libertad y viceversa. Si hubiera una terminación empírica del ser humano, una división completa de su ser como ser explorable, no existiría ninguna libertad. El hombre no solo vive y vivencia sino que tiene conciencia de esto, el individuo es una unidad infinita y nunca captamos su unidad última. Por tanto, lo abierto es la verdad básica del conocimiento del hombre en total y el ensayo de captar de manera conclusiva y general tiene que fracasar.

Aquí salta otra faceta de Jaspers: como existencialista. Aunque en verdad entre los pensadores existencialistas, aún entre los más cercanos, existen grandes diferencias, sí se puede decir que en sentido general va desde Kierkegaard a Gabriel Marcel, pasando por Heidegger, Jaspers, Sartre, Merleau Ponty, etc. La característica común a todos consiste en tener como tema de su filosofar la Existencia concreta.

Este movimiento del pensamiento tiene su explicación histórica, como lo dice el propio G. Marcel, como una reacción histórica contra las ideas de Hegel "Estimo por mi cuenta y de acuerdo con J. Wahl, que es necesario definir históricamente el existencialismo como una cierta reacción producida en el siglo diecinueve contra el sistema de Hegel" G. Marcel.

También es interesante hacer notar la conjunción que hay entre los existencialistas entre literatura y filosofía. Los libros de Jaspers, y de Heidegger son para ser explicados en clase, pero en cambio los de Paúl Sartre tiran el existencialismo al teatro y al café; también como novelista puro está Camus y como de tipo profesoral está Kierkegaard.

También cabe hacer una distinción entre el existencialismo ateo con Paúl Sartre y Simone de Beauvoir y el cristiano en el que figuran Kierkegaard y el propio Jaspers.

En el campo de la filosofía existencial las obras de Jaspers y de Heidegger son productos cimeros de la filosofía actual.

La modalidad existencial del pensamiento se establece cuando el hombre, después de haberse planteado todo como problema, llega a convertirse a sí mismo en problema de sí mismo y así se convierte

en problema el propio vivir, no entendido como tropiezo con o vencimiento del mundo, sino como decurso íntimo.

Se llega a descubrir que cada minuto que pasa no es algo que pasa simplemente sino, algo que involucra una decisión.

El hombre no es solo una especie animal ni tampoco una especie de esencia espiritual pura. El hombre es más bien único y tiene parte en la serie de los vivientes y en la serie de los ángeles, a ambos perteneciente y separado de ambos.

El hombre tiene en sí las posibilidades de un ángel y las de un demonio y abandonado a su naturaleza corre peligros.

En las manifestaciones de su existir el hombre llega hasta los animales y en fondo de su esencia hasta la divinidad como la trascendencia por la que se sabe regalado con su libertad.

La existencia se concibe como un compromiso, como una posibilidad. abierta. En contraposición a la existencia del animal que termina su vida en carriles predeterminados, una generación igual a la otra, con una norma singular de vida, el hombre no está forzado en una vía definitiva, en un "tener que vivir así", el hombre es plástico y capaz de transformaciones infinitas.

El animal vive seguro en su existir, guiado por instintos omnipotentes, pero el hombre entraña en sí mismo una inseguridad por no estar predeterminado por ningún modo absoluto y definitivo de vida.

El hombre no es un ser que realiza decidida y unívocamente su círculo predeterminado. No solo es la síntesis forzosa de contraposiciones sino que es una lucha radical desde sus mismos orígenes.

Esa misma contradicción, dice Jaspers, es el aguijón que pone en marcha su movimiento creador.

Toda realización legítima está ligada a una decisión y ésta, si es cierto que elige, también excluye; por lo tanto, en cada instante el hombre está decidiendo, está conquistando la perfección que él mismo tiene que construir a diferencia del animal a quien le es dada.

El hombre no puede llegar a serlo todo y tiene que especializarse; no solo es finito sino que sabe de su finitud; como esencia finita no se basta a sí mismo y cuanto más claramente sabe y cuanto más profundamente siente, más experimenta su propia finitud.

Todas las otras cosas finitas no le bastan como tales, todo ser del mundo deja una insatisfacción. Esto sería una indicación de una posibilidad oculta en su esencia, su ser tendría otra raíz y no solamente la raíz de su finitud.

El hombre tiene tendencia a lo trascendente y sabe que por sus

representaciones no produce a Dios sino que, Dios es. Por esto la finitud del hombre tiene su sosiego en esa fe en el Ser divino.

El hombre es siempre más y otra cosa que lo que ha realizado de sí. El hombre como todo, no se convierte nunca en objeto de conocimiento, el hombre es siempre más de lo que de sí sabe y puede saber y más de lo que algún otro sabe de él. Ningún hombre es totalmente abarcable y sobre ninguno es posible un juicio de conjunto definitivo.

Así damos por terminado este trabajo no sin antes pedir excusas por los yerros en que segura aunque involuntariamente hemos caído.

### BIBLIOGRAFIA

- Brugger Walter.**—Diccionario de Filosofía (traducción de la cuarta edición alemana). Editorial Herder, 1953.
- Foulquié Paúl.**—El Existencialismo. Segunda edición española. Salvat Editores, S. A., 1952.
- Husserl Edmund.**—Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. Primera edición española. Fondo de cultura económica, 1949.
- Jaspers Karl.**—Psicología General. (Traducción de la quinta edición alemana). Editorial Beta, 1950.
- Jaspers Karl.**—Genio y Locura. (Traducción de la edición alemana de 1949). Ediciones Aguilar, S. A., 1955.
- Jaspers Karl.**—La Filosofía. Segunda edición española Fondo de cultura económica, 1957.
- Jaspers Karl.**—La Fe Filosófica. Edición española Editorial Losada, S. A., 1953.
- Jaspers Karl.**—Balance y Perspectiva. Traducción española. Revista Occidente, 1953.
- López Ibor Juan J.**—La Angustia Vital. Editorial Paz Montalvo, 1950.
- López Ibor Juan J.**—Los Problemas de las Enfermedades Mentales. Editorial Labor, S. A., 1949.
- López Ibor Juan J.**—El descubrimiento de la intimidad y otros ensayos. Ediciones Aguilar, S. A., 1952.
- Sole-Sagarra J. y Karl Leonhard.**—Manual de Psiquiatría. Primera edición. Ediciones Morata, 1953.
- Spranger Eduardo.**—Formas de vida. Cuarta edición. Revista de Occidente, 1954.
- Santos Luis Martín.**—Dilthey, Jaspers y la comprensión del enfermo mental. Editorial Paz Montalvo, 1955.



# ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA LOBOTOMIA PREFRONTAL BILATERAL DE POPPEN Y LA LOBOTOMIA BIMEDIAL

Dr. Luis C. Posada G.

## INTRODUCCION

Desde 1949 nos hemos interesado en la sicocirugía como tratamiento de la sicosis y de las neurosis, especialmente en las reacciones esquizofrénicas y en las reacciones maníacas, en la neurosis obsesivo-compulsivas, en las neurosis de angustia y en las demencias seniles que no han mejorado con los tratamientos siquiátricos. En nuestros primeros trabajos publicados en 1953 y en 1955 nos habíamos limitado casi exclusivamente a practicar la técnica de Poppen para la Lobotomía Prefrontal Bilateral.

Desde fines de 1955 iniciamos nuestras experiencias con la Lobotomía Bimedial o Cíngulo-tractotomía en un solo tiempo, con el objeto de practicar una Lobotomía menos radical, más selectiva, menos agresiva y al mismo tiempo menos nosiva para la intelectualidad del paciente.

## MATERIAL Y METODOS

Analizamos en el presente estudio 242 intervenciones de sicocirugía en el lóbulo frontal por los métodos quirúrgicos, a cielo abierto de Poppen y de la Lobotomía Bimedial o Cíngulo-tractotomía en un solo tiempo y practicada a enfermos síquicos. El método de Poppen lo practicamos en 125 casos y la Cíngulo-tractotomía en 117 casos. Del total de enfermos pertenecían al sexo masculino 158 y al sexo femenino 84. Todos los casos intervenidos fueron indicados por los Siquiatras, quienes no aprobaron la intervención, no sin antes haber agotado todos los recursos terapéuticos. Los diagnósticos fueron los siguientes: Reacciones esquizofrénicas 143, reacciones maníacas 61, neurosis 16, demencia senil 7, encefalopatías 12, melancolías 2, y un perverso constitucional.

En todos los casos se intervino bajo anestesia general con pentotal gota a gota endovenoso, ayudado en algunos casos con anestesia local novocaina al 1%. En todos los casos practicamos el agujero de trepanación bilateral por delante de la sutura coronal y a 3 cms. de la línea media. Siempre puncionamos el lóbulo frontal hasta el techo

de la órbita y medimos la profundidad del lóbulo y además nos cercioramos de que el corte estuviera por delante del cuerno frontal de los ventrículos laterales. En todos los casos dejamos ganchos de Cushing en la profundidad de los cortes y tomamos placas radiográficas antero-posterior y lateral para ver su posición con relación a las apófisis clinoides anteriores. En todos los casos dejamos la dura abierta taponada con un trozo de Gelfoam contra la superficie cerebral; en ningún caso se produjo fístula de L. C. R.

Los cortes se practicaron, en ambos métodos, por medio del Leucótomo de Egard Monis. En el método de Poppen seccionamos parcialmente los cuadrantes supero-externo y supero-interno, en algunos casos dejamos intacto el cuadrante supero-externo, los cuadrantes infero-externo e infero-interno los seccionamos totalmente. En la Cingulo-tractotomía seccionamos exclusivamente el cuadrante supero-interno en su totalidad y el infero-interno parcialmente. Siempre nos cerciorábamos de que el corte supero-interno nos quedaba seccionado, cuando la punta del Leucótomo alcanzaba la rodilla del cuerpo calloso. Siempre dejamos intactos los cuadrantes supero e infero externos.

## RESULTADOS

Los enfermos fueron observados durante 3 meses a 9 años por los mismos Siquiatras que indicaron la interevnción, quienes avaluaron los resultados en los 239 enfermos vivos, usando el método de A. Simonds, ya utilizada en nuestros trabajos anteriores. Estos enfermos fueron catalogados en 4 grupos: a) Enfermos adaptados a vivir nuevamente en sociedad (+ + + +), b) Enfermos que pueden vivir en sociedad ayudados por sus familiares (+ + +), c) Enfermos mejorados para vivir en un ambiente hospitalario pero no en sociedad (+ +), y d) Enfermos que no se beneficiaron con la intervención (+).

De los 124 enfermos vivos operados con el método de Poppen quedaron incluídos 45 en el grupo a) (+ + + +), 28 en el grupo b) (+ + +), 31 en el grupo c) (+ +), y 18 en el grupo d) (+). Dos enfermos empeoraron con la Lobotomía.

De los 115 enfermos vivos a quienes se les practicó la Lobotomía Bimedial quedaron incluídos 39 en el grupo a) (+ + + +), 28 en el grupo b) (+ + +), 26 en el grupo c) (+ +), y 21 en el grupo d) (+).

También se hizo una encuesta dirigida a los pacientes para que ellos personalmente o asesorados por los médicos Siquiatras, por los médicos de la familia o por las asistentas sociales de Siquiatría, valo-

rarán el beneficio obtenido con la operación. Esta encuesta se verificó en los enfermos operados en el período de 1949 a 1956. De los 174 enfermos operados hasta esa época contestaron la encuesta en mención 125 (77.4%), de los cuales 81 pertenecen al método de Poppen y 44 enfermos al método de la Lobotomía Bimedial, dejaron de contestar 36 enfermos, los 13 restantes murieron, 4 por complicaciones post-quirúrgicas, 3 cometieron suicidio varios meses después de la operación y los 6 restantes murieron de enfermedades cardio vasculares meses o años después de la intervención.

Del análisis de esta encuesta pudimos deducir que, la inteligencia, la memoria y la voluntad no sufrieron deterioro con la Lobotomía Bimedial. La sensopercepción en algunos casos no se modificó y continuaron las alucinaciones. La conducta mejoró notoriamente en la mayoría de los casos.

Con el método de Poppen la inteligencia disminuyó en algunos casos, lo mismo que la efectividad, la memoria y la voluntad. La sensopercepción mejoró y las alucinaciones disminuyeron en la mayoría de los casos. La conducta mejoró.

## DISCUSION

Nuestras experiencias con el método de Poppen nos han demostrado que, mientras más posterior era el corte en los lóbulos prefrontales, más disminuía queda la agresividad, pero en cambio la personalidad sufre cambios notorios e indeseables (apatía, inactividad, autismo), en cambio si la sección se practica muy cerca del polo frontal del lóbulo, la agresividad queda menos modificada y la personalidad del enfermo sufre menos cambios. Luego y basados en las hipótesis Papez (12) "de que el hipocampo y las estructuras conectadas con él, tales como el Cíngulo, la superficie orbitaria del lóbulo frontal, la corteza temporal y las fibras de los tractos de asociación actúan como el sustratum neuronal de las emociones", y de que "el cerebro visceral" de Fulton y colaboradores que comprende las estructuras bimediales de los lóbulos frontales corresponde, a groso modo, con el sustratum anatómico de las emociones de Papez, resolvimos investigar el resultado de la sección de estas estructuras bimediales, por medio de la Cíngulo-tractotomía a cielo abierto y siguiendo la misma técnica de Poppen pero enfocada y limitada exclusivamente a los cuadrantes supero e infero internos bilateralmente.

Con la Lobotomía Bimedial seccionamos las áreas 8 y 9 parcialmente al comenzar la sección en la convexidad del lóbulo prefron-

tal, luego al dirigir el leucótomo hacia la rodilla del cuerpo caloso seccionamos las áreas 32, 24, 12 y parcialmente el área 11 al caer en la base del lóbulo frontal. Para que la sección del área 32 y 24 nos quede completa, hacemos que el leucótomo nos llegue por la parte interna, hasta tocar la parte supero-externa del cuerpo caloso.

Con la Lobotomía prefrontal de Poppen seccionamos las áreas 8 y 9 en la misma forma. Las áreas 32 y 24 quedan seccionadas parcialmente al seccionar los cuadrantes supero e infero internos y el neocortex de Fulton, comprendido en la superficie lateral del lóbulo prefrontal, áreas 10, 45 y las áreas 11 y 12 las seccionamos totalmente.

Con la Lobotomía Bimedial se secciona el área 32 bilateralmente, la cual no pertenece al cerebro visceral pero, que según Meyer y Maclardy (10) tiene una acción fisiológica considerable en la interrelación de la corteza con los ganglios basales de la subcorteza. Además el área 32 tiene cierta relación con los procesos psicológicos complejos (Meyer y Maclardy). Nosotros acordos con M. B. Parhad creemos que la sección del área 32 es necesaria para tener un buen resultado con la Lobotomía Bimedial, sin embargo nunca hemos practicado la sección aislada de esta área.

Nuestra mortalidad operatoria fue del 1.24%. El porcentaje de epilepsia post-quirúrgica fue de un 8%, contabilizando en este porcentaje aquellos enfermos que presentaron una sola convulsión después de la intervención y aquellos que se han visto obligados a permanecer bajo un tratamiento anticonvulsivante, durante varios años.

Las crisis epilépticas post-quirúrgicas son, según nuestra experiencia, menos frecuentes en los enfermos intervenidos con la técnica de la Lobotomía Bimedial.

En las Lobotomías practicadas desde 1956 hasta julio de 1958 solo hemos intervenido 9 enfermos con el método de Poppen y con el método de la Lobotomía Bimedial 36; por otra parte, cada día seleccionamos más los enfermos antes de la intervención e intervenimos menos pacientes desde la aparición en la farmacopea de los ataráxicos, clorpromazinas, hiserpinas etc. Ultimamente nuestros mejores resultados los hemos obtenido en aquellos casos de neurosis de angustia, crónicos y que no han cedido a las drogas tranquilizadoras.

En conclusión, de los 124 enfermos operados con el método de Poppen, obtuvimos buenos resultados en 73 casos. De los 115 enfermos vivos a quienes les practicamos la lobotomía bimedial obtuvimos buenos resultados en 67 casos.

Consideramos que, los resultados obtenidos con ambos métodos

son satisfactorios y la cirugía en el lóbulo prefrontal practicada para enfermos mentales bien seleccionados y en quienes se han agotado los recursos es un procedimiento que debe continuarse. Además, obtuvimos mejorías hospitalarias en 18 casos a quienes practicamos el método de Poppen y en 26 casos a quienes intervenimos con el método de la Lobotomía Bimedial. De todo esto concluimos que tenemos un total de curaciones, mejorías sociales y de mejorías hospitalarias de un 73,37% con el método de Poppen y de un 80,87% con la lobotomía Bimedial.

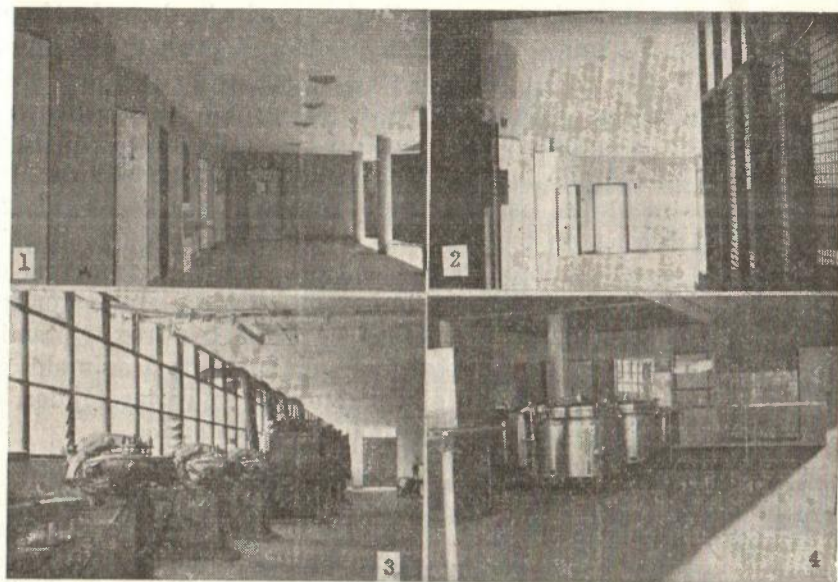


Fig. 1 - Pabellón para enfermos excitados. - Fig. 2 - Pabellón para pensionados.  
Fig. 3 - Lavandería del nuevo Hospital Mental. - Fig. 4 - Equipos de cocina.

## LA RESERPINA EN 200 ENFERMAS DEL HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA

Dr. Oscar Robledo Restrepo

M. Bleuler (1-2), y Weber (12) introdujeron la reserpina al arsenal terapéutico psiquiátrico por medio de comunicaciones aparecidas en 1954, en las cuales daban cuenta de sus experiencias en la Clínica Psiquiátrica Universitaria, sanatorio Bürgholzli, de Zurich. Constataron los efectos benéficos sobre pacientes psicóticos de varias categorías y tipos, terminando así la brillante tarea investigadora, iniciada en la India por Siddiqui y Siddiqui (11) en 1931 y continuada en Suiza, en los laboratorios de la Ciba de Basilea, por Schlitler y Müller (9), quienes en 1952 aislaron la reserpina de los numerosos alcaloides de la planta *rawolfia serpentina*, y por Bein (9) quien describió las acciones farmacológicas generales de la nueva droga.

Por lo que respecta a la acción íntima de la reserpina se le conocen, de interés psiquiátrico, dos aspectos fundamentales. El primero, la acción sobre los sistemas reticular e hipotalámico. Los estudios de Himwich y Rinaldi (5), efectuados en animales comprueban que las dosis altas estimulan el sistema reticular produciendo sedación sin llegar al sueño. Al mismo tiempo se produce depresión del hipotálamo, más marcada en su parte posterior. Aparecen también síntomas extrapiramidales. El segundo es el papel que desempeña en el metabolismo de la serotonina. La enteramina, o 5-hidroxitriptamina, o serotonina, ha cobrado interés en el estudio de la génesis de algunos trastornos mentales, hasta el punto que Woley y Shaw (4) atribuyen ciertas formas de esquizofrenia a una inadecuada producción de serotonina en el cerebro. Parece, además, que la dietilamina del ácido lisérgico la cual produce en el hombre cuadros alucinatorios y esquizofreniformes, actúa como antagonista de la 5-hidroxitriptamina en los sistemas cerebrales. La reserpina, administrada a animales experimentales, causa liberación de la serotonina en varios tejidos, especialmente en el cerebral, el intestinal y las plaquetas.

En el Hospital Mental de Antioquia, comenzamos a emplear la reserpina a finales de 1955, con la obtenida de la *r. serpentina*, o *serpasol*, y poco tiempo después la extractada de la variedad colombiana *r. hirsuta* o *canecens*, conocida comercialmente como *hi-serpina* (obtenida de la planta conocida popularmente con los nombres de "pepa de culebra", "piñique-piñique" o "cruceño" (7), al comprobar que ambos productos conducen a los mismos efectos desde el punto de vista terapéutico y a iguales manifestaciones extrapiramidales y neu-

rovegetativas como resultado de retención e impregnación. Las 4/5 partes del total de las enfermas fueron medicadas con la hi-serpina.

Hasta la fecha y en el servicio para mujeres a mi cargo, se han tratado con esta droga a 310 pacientes, llevándose a cabo en cada una de ellas una cura en el sentido de Mielke (8), o sea lograr una amortización continua de la excitación, intranquilidad y confusión, conservando intacta la reactividad de las enfermas, lo que permite una óptima utilización, en beneficio de cada caso, de las secciones de ergoterapia, lo mismo que más rápidas y sólidas readaptaciones socioambientales.

Los resultados previos obtenidos en 136 pacientes, han sido publicados en la Revista de Psiquiatría y Psicología (10). Aquí se complementan y amplían.

En el presente trabajo se resumen las experiencias en 200 casos, los cuales comprendieron diversas entidades psiquiátricas, pero con un claro predominio de las esquizofrenias paranoides quienes contabilizaron el 70%; seguidamente las manías en psicosis maniaco-depresivas, con un 20%; las esquizofrenias catatónicas con solo un 9% y finalmente un 1% para los casos varios.

Como en todos los demás servicios del Hospital Mental, el personal del nuestro es una mezcla de casos agudos y crónicos, excitados y calmados, pertenecientes a casi todas las entidades psiquiátricas. Para basar las conclusiones en conceptos básicos similares, se hizo una división de las pacientes teniendo en cuenta el tiempo de evolución de la enfermedad por arriba o por debajo de 3 años. A las primeras se les catalogó como "crónicas" y a las segundas como "recientes" (6).

Es natural que en la casilla de recientes, y especialmente con las esquizofrenias, se cataloguen casos agudos de primera aparición, lo mismo que a pacientes quienes después de brotes anteriores lograron una remisión temporal casi completa, o que después de un curso onduloso permanecieron sin curar a los tres años. En las crónicas, la gran mayoría había seguido un curso irregular con respuestas cortas en tiempo o poco convincentes frente al cuadro patológico, a los demás tratamientos. Otras, simplemente no habían recibido ninguna terapia.

Las maniaco-depresivas que presentaron la característica de evolucionar por brotes siempre de tipo maniaco. Solo en 4 enfermas se comprobaron fases depresivas.

Al comenzar las curas, se tuvo en cuenta el estado de franca y

ruidosa excitación psicomotriz, como índice para emplear la vía parental venosa, y generalmente se aplicaron en la vena 9 mgs/día repartidos en 3 dosis. Algunas veces, en pacientes desnutridas, se aplicaron 6 mgs/día en 2 dosis. Cuando la agitación comenzaba a calmar, se pasó a la medicación oral, con una dosis promedio de 6-8 mgs/día, aunque en veces se llegó a 20-25 mgs, o solo fueron necesarios 2 mgs.

En presencia de excitaciones medias ligadas a una conservación de la orientación general en las manías, o en las esquizofrenias paranoides sin pérdida de un entronque satisfactorio con el mundo real, se empleó inicialmente la reserpina oral a dosis de 6-15 mgs/día. Más tarde fueron administradas dosis de sostenimiento como las indicadas atrás.

No se dan datos exactos sobre dosificación, porque se han observado variaciones correspondientes a las necesidades individuales de cada caso. Por lo tanto no se puede hablar de cura promedio, sino de la amplitud y variabilidad que define sus aplicaciones terapéuticas.

Lo mismo sucede con la duración de las curas. En promedio se puede hablar de 80 días, pero en el terreno de la práctica las variaciones fluctuaron entre 10 y 140 días.

En las pacientes tratadas recientemente caracterizadas por marcada excitación, empleamos para comenzar la cura, la asociación de hi-serpina con suero glucosado isotónico por vía venosa, apreciándose más rapidez para llegar a la calma.

Un índice que se tuvo en cuenta desde el principio para comenzar a rebajar la medicación, después de las dosis iniciales de ataque, fue la aparición de síntomas extrapiramidales y neurovegetativos. Con relativa frecuencia buscase llegar hasta ellos en los casos de sintomatología más clara y florida, porque este índice de saturación con el medicamento señala el efecto pleno de la droga. Dada la situación económica que viene atravesando el Hospital Mental y siendo nuestro servicio de caridad, no siempre se ha podido llegar a la tal im pregnación.

Como ya ha sido anotado por Delay, el organismo acumula reserpina, por lo tanto los síntomas extrapiramidales y neurovegetativos se continuaron por 6-7 días después de rebajar las cantidades del fármaco a las 2/3 partes o a la mitad. En general este estado de saturación fue sostenido previamente por un período de 5/7 días antes de la disminución, y a dosis altas según el caso.

Los síntomas mencionados fueron los siguientes, en orden de frecuencia y según la clasificación de Corgnello (3):



### Manifestaciones neuovegetativas:

En piel y mucosas: Palidez (más frecuente en las manías). Obstrucción nasal (más frecuente en las esquizofrenias). Hiperhidrosis (más común en las esquizofrenias). Edemas (en las manías). Seborrea (en las esquizofrenias).

Secreciones orales y nasales: Sialorrea. Rinorrea.

Ojos: Somnolientos.

Aparato vestibular: Vértigos (más en las manías).

Regulación gastroentérica: Diarrea.

Instinto del hambre: Bulimia (más en las manías).

Trastornos subjetivos: "Tontina". Astenia. Inquietud. Calofrío. Dolor lumbar (en las manías). Quebrantamiento.

Síndrome extrapiramidal:

Temblor, (más en las esquizofrenias). Bradicinesia (esquizofrenias). Fascies fija (esquizofrenias). Marcha parkinsoniana (esquizofrenias).

Interesa anotar cómo con relativa frecuencia y a medida que la reserpina comenzaba a acumularse, los cuadros psicopatológicos un tanto oscuros en un comienzo, se hacían más aparentes, aumentando la productividad sintomatológica y favoreciendo el acercamiento médico-paciente. Esta ayuda diagnóstica fue más clara en varios casos de esquizofrenia paranoide.

Maurel y colaboradores (6), han adoptado un sistema de clasificación para los resultados terapéuticos psiquiátricos, luego de emplear la reserpina en un frenocomio alsaciano. Aquí se ha empleado su clasificación, en la siguiente forma: Resultados "buenos", aquellos casos que por la regresión marcada de los síntomas mórbidos, la restauración de la iniciativa y de la actividad y la reintegración a la realidad, permitían la salida del hospital, no siempre conseguida por dificultades sociales. Resultados "regulares", caracterizados por aparición de la actividad y por una readaptación social satisfactoria en el medio hospitalario. Resultados "malos", los cuales mostraron la desaparición o disminución de uno o varios síntomas como agitación, agresividad, negatismo, con frecuencia durante cortos períodos, pero sin modificación del fondo mórbido. No obstante, en el ambiente general hospitalario se ve elevado el nivel social y humano de las enfermeras.

**Resultados:** En las esquizofrenias paranoide, los casos recientes constituyeron el 68% del total y los resultados obtenidos en ellos después de terminadas las curas se discriminaron así: buenos 68%;

regulares 9%; malos 5%. Las pacientes observadas por un período de 10 meses después de la cura presentaron recaídas en un 25%.

En las esquizofrenias paranoides crónicas se vieron los siguientes resultados: buenos 37%; regulares 18%; malos 45%. Recaídas a los 10 meses, 50%.

El grupo total de las esquizofrenias paranoide dio los resultados siguientes: buenos 71%; regulares 11%; malos 18%. Recaídas a los 10 meses, 23%.

Las esquizofrenias catatónicas recientes se discriminaron así: buenos 98%; regulares 1%; malos 1%. Recaídas a los 10 meses 27%.

Las catatónicas crónicas mostraron resultados buenos 1%; regulares 39%; malos 60%. Recaídas a los 10 meses, 91%.

Total de los resultados en las catatónicas: buenos 42% regulares 29%; malos 29%. Recaídas 57%.

Las conclusiones obtenidas de los resultados en el conjunto de las esquizofrenias se pueden discriminar así: las esquizofrenias paranoides con menos de 3 años de evolución se vieron mayormente beneficiadas, no solamente por el mayor número de resultados buenos y menos cantidad de recaídas, sino también porque en las paranoides recientes fue más corto el tiempo empleado para obtener signos claros de mejoría. Por la facilidad en el empleo de la reserpina, se la utiliza de preferencia a la insulina en el servicio a mi cargo, sin disminuirse por ello las enfermas de alta.

Por lo que respecta a las manías, encontramos que los mejores resultados inmediatos se presentaron en las recientes. En ellas el 73% fue bueno; 26% regular y 1% fue malo. Pero las recaídas a los 10 meses fueron del 35%.

Las manías crónicas mostraron efectos buenos en el 50%; regulares en el 32% y malos en el 18%. A su vez las recaídas a los 10 meses subieron al 65%.

Totalizando todos los casos maníacos se observó: resultados buenos 54%; regulares 31%; malos 15%. Recaídas 57%.

Se deduce que el beneficio en las manías crónicas es poco a pesar de dosis de sostenimiento permanentes en varios casos de larga permanencia en el hospital. En las manías recientes la reserpina logra controlar aceptablemente las crisis, pero no demuestra clara influencia sobre episodios posteriores.

Prácticamente no se encontraron contraindicaciones a las caras reserpínicas en los 200 casos tratados. La tensión arterial se vio modificada en el 80% de ellos. Hubo descensos pequeños, mas en la pre-

sión mínima la cual en un caso bajó 200 mm de hg de su cifra inicial. Ningún caso presentó hipertensión previa. A 4 enfermas desnutridas hubo de suspenderseles temporalmente la medicación por la presencia de diarreas tenaces.

### BIBLIOGRAFIA

- 1 Bleuler, M. Praxis. 43. 1030. 1954.
- 2 Bleuler, M. Schweiz. Med. Wschr. 85. 443. 1954.
- 3 Cargnello, D. Colloque international sur la clorpromacine. G. Doin et Cie. pág. 756. París. 1956.
- 4 Citado por Dalglish, C. E. Advances in protein chemistry.
- 5 Himwich, H. y F. Rinaldi. Brain mechanisms and drug action. C. C. Thomas. Spring 11. 1957.
- 6 Maurel, M., Mlle. Wilhelm y Spielmann, J. P. Colloque international sur la clorpromacine, pág. 751. París. 1956.
- 7 Mesey, K y B. Uribe. Anales Soc. Biolog. 3. 127. Bogotá. 1954.
- 8 Mielke, F. A. Nervenartz. 28. 111. 1957.
- 9 Muller, J. M., E. Schlitler y H. J. Bein. Experimentia. 8. 338. 1952.
- 10 Robledo, O. Rev. de Psiquiatr. y Psicolog de Europa y Amer. Latinas. 6. 524. 1958.
- 11 Weber, E. Schwiz. Med. Wschr. 84. 986. 1954.



## LAS EPILEPSIAS ORIGINADAS EN EL LOBULO TEMPORAL +

Dr. Rodrigo Londoño L.

Las epilepsias originadas en el lóbulo temporal son muy variadas. Dependen del lugar de origen de la descarga hipersincrónica y de la función del area cortical o profunda afectadas. Sin embargo, algunas manifestaciones se observan también cuando las descargas aparecen en otras regiones cerebrales distintas al lóbulo temporal.

En general las crisis dependen del sitio del foco irritativo. Pero cuando este es muy amplio, aparecen varios tipos o un conjunto de manifestaciones que indican que muchas areas del lóbulo están comprometidas por el proceso desencadenante. Estas manifestaciones aparecen con una secuencia igual a la de la propagación de la descarga a través de las diferentes áreas corticales.

Según Fúster, es necesario distinguir dos grandes grupos de fenómenos epilépticos originados en el lóbulo temporal: a) aquellos en el cual el individuo está consciente y conserva memoria de lo ocurrido y b) las manifestaciones en las cuales el individuo está inconsciente y presenta amnesia completa de su ataque.

El primer grupo comprende una gran variedad de cuadros clínicos que antiguamente eran mal clasificados como "auras" pero que en realidad forman el único elemento indicador del origen de la descarga hipersincrónica. A este grupo pertenecen las siguientes epilepsias:

1)—Vertiginosas.—El individuo tiene la sensación objetiva o subjetiva de girar.

2)—Afásicas.—El enfermo se expresa mal, con jergafasia o parafasia, o no encuentra las palabras propias para expresar un hecho que conoce y que quiere comunicar.

3)—Viscerales.—Toda manifestación fugaz sobre los órganos vegetativos: dolores epigástricos y precordiales, cefaleas, palpitaciones, taquicardia, polipnea, bradicardia o náuseas.

4)—Psicosensoriales.—Estas crisis eran llamadas antiguamente equivalentes. Pueden ser de varios tipos: alucinatorias e ilusionales.

En las crisis alucinatorias aparecen sensaciones sin percepción de estímulo adecuado, bruscas, fugaces y que no afectan la personalidad del enfermo.

---

(\*) Conferencia dictada en el Hospital Mental de Antioquia durante el Simposium sobre lóbulo temporal.

Son muy variadas:

a)—Gustativas.—Percepción de un sabor agradable o desagradable, conocido o desconocido, sin la presencia de un estímulo de sabor.

b)—Olfatorias.—Impresión súbita de un olor que el paciente a veces es incapaz de describir pero que reconoce y asegura que no es real. En ocasiones estas crisis son difíciles de diferenciar con las gustatorias.

c)—Visuales.—El enfermo ve luces u objetos que en forma brusca ocupan los campos visuales de ambos ojos, y en raras ocasiones una mitad o un solo cuadrante. Otras veces los enfermos tienen la sensación de estar viendo un paisaje conocido o un hecho cumplido de su vida (dèjà Vu) y a veces extraño y nunca visto (jamais Vu) o en raras ocasiones ver desfilar como en un cine muchas escenas en las cuales el enfermo se mira como en un espejo haciendo actos o cumpliendo hechos propios de su actividad común y en ocasiones sometido a grandes trabajos físicos o emocionales. En ocasiones ve en una escena todos los rasgos de su vida anterior. (visión panorámica). En estas crisis alucinatorias visuales se observa con mucha frecuencia que el contenido está de acuerdo con el contenido vivencial del sujeto. Esto hizo que Penfield (1949), haya propuesto los lóbulos temporales como centros depositarios de las vivencias de los individuos. A pesar de que en parte es cierto, ocurre que muchas veces el contenido de las crisis no trae ningún recuerdo y áreas que en un determinado momento producen recuerdos, en otros producen otro tipo de manifestaciones subjetivas u objetivas. Esto sugiere que las capacidades mnésicas de los sujetos para su realización deben también estar ligadas a otros mecanismos o mejor, a circuitos neuronales en relación con el lóbulo temporal pero en conexión con otras áreas.

d)—Auditivas.—La aparición brusca y fugaz de voces o ruidos conocidos o desconocidos sin la existencia de estímulos auditivos. En ocasiones las voces son las mismas, pero también se pueden cambiar y en pocas ocasiones mezclarse con notas musicales. Cuando las voces dan órdenes el paciente reconoce que no son ciertas y que por lo tanto no pueden cumplirse.

Las crisis de ilusiones consisten en la deformación brusca y fugaz de las percepciones sensoriales bien sean olfatorias, gustativas, visuales o auditivas:

a) Las ilusiones olfatorias consisten en parosmias.

b) Las gustativas son paragusias. Tanto las olfatorias como las gustativas son poco frecuentes y pocas veces los enfermos las pueden diferenciar correctamente.

c) Las ilusiones visuales consisten en: micropsias en las cuales los objetos aparecen más pequeños o más remotos de lo que son en realidad; macropsias en que tales objetos están más cerca o más grandes; metamorfosis, en que los objetos parece que cambiaran de forma y proporción. En pocas ocasiones los objetos y lugares se transforman en otros ya conocidos (dèjà Vu) o desconocidos (jamaís Vu).

d) En las ilusiones auditivas los ruidos se oyen más débiles o lejanos: microcusias; o más fuertes y cercanos: macrocusias.

En el grupo en que se pierde la conciencia incluiremos las ausencias, los ataques adversivos, el gran mal, los terrores nocturnos y los automatismos iciales. Todas estas manifestaciones se acompañan de amnesia y el fenómeno inicial siempre es la pérdida de la conciencia. Este grupo de manifestaciones ha sido negado por muchos autores como que se originan en el lóbulo temporal y dan su punto de partida en el Diencéfalo con repercusión eléctrica sobre los lóbulos temporales (Jasper y Kershman 1941). Sin embargo la correlación electropatológica ha permitido establecer que estos tipos de crisis pueden producirse indiferentemente cuando la lesión radica en el lóbulo temporal o en el centroencéfalo. Muchas veces lo complicado de su interpretación hace pensar en que sí sean debidas a disfunción de un sistema fisiopatológica diencéfalo temporal o témporo-diencefálico.

De estas crisis las más dramáticas son los automatismos iciales. Marchand y Ajuriaguerra (1948) los han definido como la realización de actos o gestos más o menos complejos, no previsibles, en estado de inconsciencia y sin participación de la voluntad y de los que luego no se conserva memoria.

En ellos un enfermo bruscamente deja de hacer lo que hacía, pierde la conciencia, se pone pálido, la mirada queda fija, toma una expresión como de extrañeza, o comienza como a buscar algo entre sus ropas, o a caminar sin rumbo "como sonámbulo", o se rasca, se mete las manos a los bolsillos, se desnuda o comienza a orinar o a hacer movimientos de masticación o chupeteo. Después de pocos segundos el enfermo recupera la conciencia y tiene amnesia de todo lo ocurrido. En muchas ocasiones el enfermo es impulsivo y acomete contra las personas u objetos que le rodean con agresividad. Todos estos fenómenos pueden aparecer únicos formando el automatismo, o juntarse todos o varios durante una misma crisis.

En las ausencias el individuo únicamente pierde la conciencia, se queda con la mirada fija "como si estuviera elevado" y después de

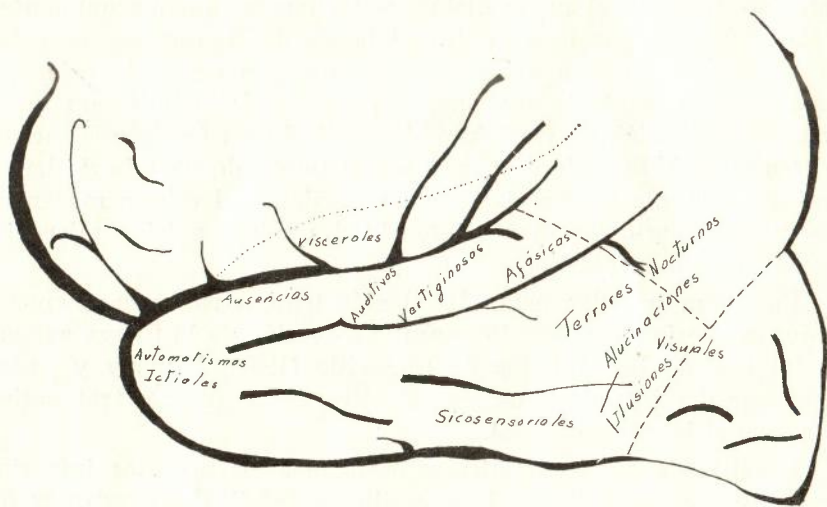
pocos segundos se recupera sin tener ninguna otra manifestación clínica.

Los terrores nocturnos aparecen siempre durante el sueño. El enfermo, generalmente un niño, despierta en la noche gritando, "como asustado" por la presencia de personas o imágenes que ha visto y de las cuales tiene miedo. A veces muestra esas supuestas imágenes a sus padres, se protege en ellos y se vuelve a quedar dormido. Al día siguiente el niño presenta amnesia de lo ocurrido en la noche anterior y en realidad no había despertado.

En otras ocasiones las crisis originadas en el lóbulo temporal son únicamente del tipo del gran mal clásico.

Los estudios de correlación electro-clínica, clínico-patológica y sobre todo los estudios de estimulación cortical practicados por Penfield y su escuela, en los individuos operados bajo anestesia local, han revelado que cada tipo de manifestación epiléptica de las ya enumeradas, se origina en una determinada área de la corteza temporal.

Las crisis afásicas se originan en la región temporal posterior y superior cerca a su límite con el lóbulo parietal. Las crisis psico-sensoriales (alucinaciones, ilusiones, rememoración) en la región temporal posterior baja y en la región temporal vecina al límite con el lóbulo occipital. Las crisis auditivas y vertiginosas se originan en el tercio medio de la primera circunvolución. Las crisis gustatorias y



Esquema del lóbulo temporal en donde se marcan los sitios de localización de las diferentes crisis epilépticas que tienen asiento en este lóbulo.

olfatorias en el uncus e hipocampo. Las crisis viscerales en el hipocampo, en la amígdala y en la región temporal vecina al lóbulo de la ínsula. Los automatismos ictales en la punta del lóbulo. Los terrores nocturnos en la región tèmporo-parietal. Las ausencias en la parte superior y anterior del lóbulo cerca al límite con el lóbulo frontal y el gran mal en las áreas mudas del lóbulo.

Cuando la descarga epileptógena, que se origina en cualquiera de las áreas del lóbulo temporal, se propaga a las áreas vecinas, produce no solo una manifestación sino un conjunto de manifestaciones propias a las áreas por donde pasa la propagación. No pocas veces la descarga se propaga a otros lóbulos cerebrales o al centroencéfalo y da origen a otro tipo de epilepsias propias de tales áreas.

### ETIOPATOGENIA

El principal factor etiopatogénico en la producción de las epilepsias del lóbulo temporal, está constituido por los traumatismos craneanos cerrados. Aunque no sean muy intensos, afectan preferentemente al lóbulo, y muchas veces sin que hayan producido conmoción.

Dentro de los traumatismos craneanos, posiblemente los que ocupan un primer lugar son los tráumas del parto, en especial en las distocias. Durante el parto distócico, la hernia que normalmente se produce en el hipocampo contra el borde del tentorium, es más acentuada y prolongada y a veces con pinzamiento de la arteria coroidea, dando origen a una anoxia y edema del lóbulo con la consecuente formación de cicatriz esclerosa y difusa (esclerosis incisural de Penfield). Esta esclerosis va a ser el punto de partida de las epilepsias del lóbulo temporal. En otras ocasiones el mismo mecanismo, pero posiblemente con menor intensidad, produce agirias, microgirias y quistes poro-encefálicos.

En segundo orden están los demás traumatismos craneanos cerrados que lesionan el lóbulo según la dirección de la fuerza agresora. En tal sentido los trabajos de Courville (1937), Mansuy y Lecuire (1955) han demostrado la acción selectiva de las fuerzas traumatizantes sobre el lóbulo temporal.

Después de los traumatismos craneanos los procesos infecciosos ocupan un segundo lugar. Las meningoencefalitis son agentes etiológicos en la epilepsia temporal por los procesos perivasculares y edematosos que producen.



En menor grado de frecuencia los procesos vasculares puros y los tumores son causa de epilepsias temporales.

Hay sin embargo un gran número de epilepsias en las cuales no se encuentra ninguna base orgánica, etiológica y únicamente pueden explicarse mediante trastornos metabólicos celulares íntimos del orden histoquímico. Estas epilepsias son criptogenéticas.

## REFERENCIAS

- 1 — **Charles D. Wood** "Behavioral changes following discrete lesions of temporal lobe structures" *Neurology* 8:215-220 1958.
- 2 — **Courvil** "Patology os the central nervous System" Pacific Press. Publ. assoc. 1937.
- 3 — **Fúster B.** So Called "Psychomotor" and "Temporal Epilepsy" *Epilepsia* 2:77-80; 1953.
- 4 — **Jasper H.; Kershman J.** "Electroencephalographie clasification of the epilepsies" *Arch Neural. Psychiat* 45; 903; 1941.
- 5 — **Mansuy L.; Lecuire J.** "Les traumatismes cranio-cerebraux fermés Masson. París, 1955.
- 6 — **Marchand L.; Ajuriaguerra J.** "Epilepsies; Leurs formes cliniques, Leurs traitements". Desclee de Brouwer, París 1948.
- 7 — **Penfield W.** "Epileptic manifestations of cortical and supra cortical discharge" *E. E. G. clin. Neurophysiol* 1; 3-10; 1949.
- 8 — **Perfield W., Baldwin M.** "Temporal lobe seizures and the technique of subtotal temporal lobectomy". *Ann Surg* 136:625-634; 1952.
- 9 — **Perfield W., Jasper H.** "Epilepsy and the funtional anatomy of the Human Brain. J. R. A. Churchil, London, 1954.



## LA FUNCION APERCEPTIVA DEL LOBULO TEMPORAL

Dr. Pedro Turo

Las relaciones entre las funciones psíquicas y su substratum anatómico-fisiológico han sido objeto de numerosas publicaciones y de frecuentes simposiums que bajo títulos afines como "Cerebro y mente", "Cerebro y conciencia" o "Cerebro y alma" resumen los trabajos de especialistas tan diversos como son los filósofos, los psicólogos, los físicos, los matemáticos, los neurólogos y los psiquiatras. Las orientaciones tan distintas de estos científicos pueden despertar el temor, incrementando por los epígrafes que parecen implicar una dicotomía entre cerebro y funciones psíquicas, de un desmoronamiento conceptual de la unidad integrativa del ser humano. Este temor es infundado y precisamente el objeto de los mencionados simposiums es intentar lograr una síntesis fecunda de los resultados obtenidos por cada especialista en su campo particular, al abordar un problema tan complejo con los medios propios de su disciplina.

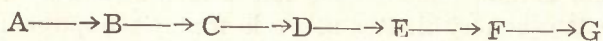
A esta necesidad de aunar los distintos enfoques, orgánico y psíquico, de un mismo problema respondieron las reuniones que celebraron conjuntamente psiquiatras y neurólogos en el Hospital Mental de Antioquia, para tratar los temas referentes al lóbulo temporal. Este artículo, consecuencia de aquellas reuniones, no es más que un intento de exponer algunas consideraciones acerca de las relaciones que parecen ligar la actividad del lóbulo temporal con la apercepción.

---

Antes de tratar de establecer una relación entre el lóbulo temporal y el proceso aperceptivo, es indispensable hacer algunas aclaraciones previas sobre el significado de la palabra "apercepción". Nos obligan a hacer estas consideraciones semánticas la existencia de los distintos significados que diversos autores han dado a esta palabra, así como la complejidad del proceso que traduce este vocablo.

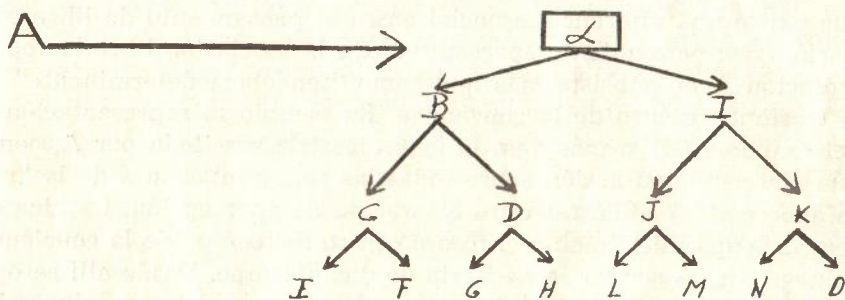
Cualquier idea o sensación aferente despierta en la memoria ideas o imágenes ya existentes en la mente. Esto es lo que ocurre, por ejemplo, en la prueba de las asociaciones libres en la cual una idea aferente, la palabra estímulo, despierta otras ideas por asociación de continuidad, de contigüidad o de tonalidad. Así, partiendo de una idea inicial A, llegamos a través de las asociaciones a una idea G, que no tiene ninguna relación directa con A y en el proceso que nos ha lle-

vado de A hasta G, no intervienen ni la atención, ni el pensamiento lógico, ni existe ninguna idea directriz. Se trata de un proceso totalmente inconsciente.



Esquema (I)

Pero no siempre ocurre así, y cuando el estímulo aferente, idea o sensación, nos encuentra con la atención despierta y dispuestos a hacer uso del pensamiento lógico o aperceptivo, se presentan unos fenómenos muy distintos. Es verdad que, como ocurre en las asociaciones libres, también el estímulo aferente despierta en la memoria ideas ya existentes en la mente; pero en este caso estas ideas pertenecen a una "masa aperceptiva" agrupada alrededor de una idea directriz. Las ideas suscitadas ya no se pueden representar en forma lineal, como en el esquema (I), sino como un haz ramificado en el cual dichas ideas se agrupan en constelación alrededor de la idea directriz.



Esquema (II)

Pero la apercepción no consiste simplemente en la aparición del complejo mnémico o "masa aperceptiva" frente al estímulo aferente. La apercepción es algo más, porque la idea o sensación nueva establece una relación con la "masa aperceptiva". Puede ser rechazada por ella o incorporada al conjunto, al incorporarse puede ser modificada según las ideas ya existentes en la mente o ser ella quien modifique a algunas de éstas, creándose así una nueva "masa aperceptiva".

Como ejemplo del mecanismo de este proceso supongamos que estamos leyendo una revista científica, en la cual el autor pretende

proporcionan los sentidos. La alteración no reside en lo que ve u oye sino en la interpretación que da a estas percepciones y ésta viene a ser una forma de definir la apercepción: la interpretación de las percepciones.

Las ilusiones sensoriales de origen temporal más frecuentes son: 1)—Micro y macropsias. 2)—Micro y macroacusias. 3)—Los estados de “*déjà vu*” y “*déjà entendu*”. 4)—Los sentimientos de extrañeza, irrealidad y cambio auto y heterorreferentes.

En los dos primeros grupos nos hallamos ante ilusiones de tipo visual o auditivo, para las que la distorsión de la realidad consiste en una variación de una cualidad secundaria de la sensación; en estos casos la variación del tamaño o de la distancia de lo visto y de la intensidad o de la altura de lo percibido acústicamente. Pero a pesar de la alteración de esta característica accesoria reconocemos perfectamente al objeto esencial de nuestra percepción. Una macroacusia no impide el reconocimiento de la palabra pronunciada y una micropsia no es obstáculo para identificar un objeto.

Aquí se hace necesario dar algunas aclaraciones acerca del concepto de universales. Cómo percibimos los universales? Es decir, por qué a pesar de diferir los perros unos de otros en tamaño, en color, en proporción y en otras características, cualquier perro es reconocido por nosotros como tal, sean cuales sean sus detalles individuales?

Percibir los universales es tener conocimiento de dos cosas: a)—Es conocer la naturaleza, la esencia o el ser de las cosas; es decir conocer qué es la esencia de una cosa sin la cual ésta no sería lo que es. b)—Es ser capaz de reconocer y enunciar cualidades comunes de cosas distintas.

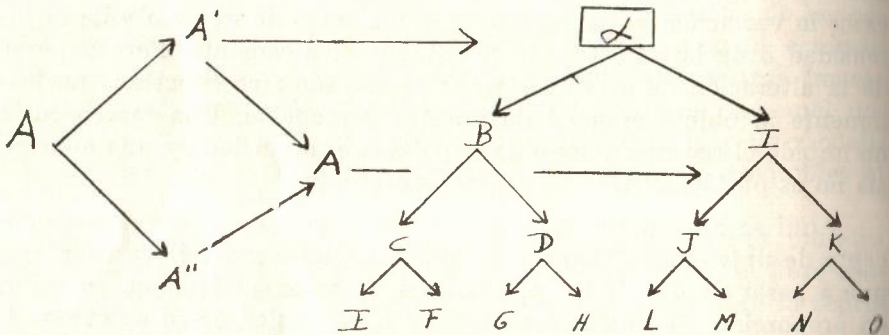
En el caso de las alteraciones patológicas que estamos considerando (macro y micropsias, macro y microacusias) parece existir un desdoblamiento entre características esenciales y secundarias de lo percibido pues reconocemos lo esencial, es decir los universales, y están alterados los rasgos accesorios. El hecho de estar afectados, en las crisis ictales focales, únicamente los rasgos accesorios nos inclina a pensar que existe normalmente en el lóbulo temporal un mecanismo discriminador que separa estos rasgos secundarios de los universales.

Personalmente nos sentimos tentados de elaborar la siguiente hipótesis, aun cuando no tengamos pruebas para apoyarla, pues nos parece proporcionar una explicación satisfactoria de las funciones psi-

quicas del lóbulo temporal, tal como se deducen de estas crisis de ilusión sensorial.

La percepción de los universales, que tendría lugar en el lóbulo temporal, representaría una primera fase del proceso aperceptivo. La comparación entre la sensación o la idea aferente y la "masa aperceptiva" está basada en lo esencial, y la idea directriz de la cual depende la apercepción no es más que lo que tienen de común la idea aferente y las de la "masa aperceptiva". Lo que tienen de común son precisamente, por definición, los universales.

Siempre dentro de la misma hipótesis podríamos modificar el esquema (II) en la siguiente forma:



Esquema (III)

Es decir que el proceso de apercepción tendría varias fases en el lóbulo temporal. Un primer mecanismo separaría el estímulo aferente A en sus rasgos esenciales A' y accesorios A''; A' suscitaría la aparición de la idea directriz y de la "masa aperceptiva" correspondiente. Luego A' se volvería a fusionar con A'' para incorporarse a su vez a la "masa aperceptiva", tal como expusimos anteriormente al explicar el mecanismo de la apercepción.

En el tipo de alteraciones que estamos tratando, el trastorno se situaría en el esquema (III) después de la división de A en A' y A''; pero antes de la reconstitución de A, por qué la imagen que percibimos ya no presenta la alteración de los rasgos secundarios.

Los estados de *déjà vu* y *déjà entendu* también son demostrativos de la función aperceptiva del lóbulo temporal. Durante estas crisis el sujeto experimenta la sensación de haber vito alguna vez el lugar donde está; de haber vivido en otra ocasión la escena que está presenciando o de haber oído anteriormente lo que percibe ac-

tualmente su órgano auditivo. La alteración no reside en la senso-percepción, ya que la imagen sensorial permanece inalterada. lo patológico es el sentimiento de familiaridad que experimenta el paciente frente a una sensación aun cuando esté muy patente que no tenía ningún conocimiento previo de la misma. Por lo tanto, el trastorno se sitúa en aquella fase en la cual se establece la comparación entre la senso-percepción y las experiencias pasadas, es decir en aquella fase de la apercepción en la cual la idea o sensación aferente establece relación con la "masa aperceptiva".

Cuando el sentimiento es de extrañeza, y no de familiaridad como en el caso anterior, podemos situar el trastorno al mismo nivel del proceso aperceptivo.

Finalmente tenemos aquellos casos que Jackson denominaba "Diplopia mental" en los cuales el paciente siente su Yo removido del cuerpo. Siente "como si no estuviera aquí, como si estuviera fuera del mundo, como si estuviera en otra parte desde donde pudiera contemplar su propia persona". En este caso no tenemos una ilusión de la senso-percepción sino una alteración de la opinión del mismo individuo, respecto a su relación con el ambiente o a su relación con el propio cuerpo.

Se trata pues de una "ilusión de la introspección" más bien que de una ilusión de la percepción. Una vez más estamos en la esfera de las alteraciones de la apercepción, pues ya hemos visto que ésta no se limita a la interpretación de las senso-percepciones sino también de cualquier estímulo aferente, sea senso-percepción o idea como en este caso.

---

El capítulo de las funciones psíquicas del lóbulo temporal está todavía lleno de incógnitas. Este artículo no pretende haber despejado ninguna de ellas y su única intención es la de aportar algunas aclaraciones en el aspecto psicológico al concepto de apercepción y la de reafirmar la importancia funcional del lóbulo temporal en este campo.

### BIBLIOGRAFIA

- James W.**—Compendio de Psicología. Ed. Emecé. Buenos Aires
- Kretschmer E.**—Psicología Médica. Ed. Leyenda. México 1945.
- Kuhlenbeck H.**—Brain and Consciousness. Conf. Neurol. Vol. 17. 1957.

- Messer A.**—Psicología. Revista de Occidente. Madrid 1954.
- Ostow M.**—Psychic Function of Temporal Lobe as Inferred from Seizure Phenomena. Arch. of. Neurol. and Psychiatry Vol 77. Jan. 1957.
- Penfield & Rasmussen.**—The Cerebral Cortex of Man. Mc. Millan. New York 1950.
- Walshe F. M. R.**—Thoughts upon the Equation of Mind with Brain. Brain Vol. 76 1953.



## QUERATOPLASTIAS

1956-1958

Dr. Ivar Echeverri G.

En el Hospital Mental de Antioquia (antiguo edificio) y aproximadamente en el transcurso de 3 años, enucleamos medio centenar de ojos a cadáveres recientes para poder que los pacientes ciegos de uno o de ambos ojos, abrigarán la esperanza de la visión con la cirugía del injerto ocular.

La obtención de los ojos en las personas muertas pudo llevarse a feliz término en el sentido de oportuno aviso del deceso y cuidados primeros, merced a la diligencia, facilidades y gentileza que no importa la hora se me brindaron en todas formas tanto por las Rdas. Hermanas de dicho Hospital, como por el personal de empleados y muy especialmente a raíz de la colaboración e interés que por aspectos de ésta naturaleza animan siempre a su Director Dr. Luis Carlos Posada. Vale decir además que el Banco de Sangre (Hospital San Vicente de Paúl) dirigido por los Drs. Víctor M. Botero y Francisco Villa respectivamente nos facilitaron la manera de conservar los ojos debidamente.

Deseo puntualizar además el sinnúmero de inconvenientes y dificultades para la consecución de los ojos, que padecimos antes de la nueva organización del Hospital Mental. Entonces van para ellos mi profundo agradecimiento y el de los pacientes ciegos que se beneficiaron con dicha operación.

El acto Quirúrgico y los detalles finales de la cirugía "Transplante Corneano" verificáronse orientados por el servicio de la Especialidad que dirige el Profesor Carlos Vásquez Cantillo en el Hospital de S. Vicente y en particular por los Doctores Augusto Estrado E. y Bertulfo Velásquez C. (Oftalmólogos).

A continuación presento en el cuadro adjunto todos los datos relacionados con los diagnósticos, los detalles de los injertos y los resultados obtenidos en 19 queratoplastias practicadas a 14 enfermos.

(Actualmente hay 10 pacientes candidatos a la operación, esperando (Descematocele: 2. Panus Conjuntival: 1. Leucomas Traumáticos: 3, Distrofia Congénita: 1, Leucomas Cicatriciales: 1, Leucoma Adherentes: 1. (2 - 7 -).



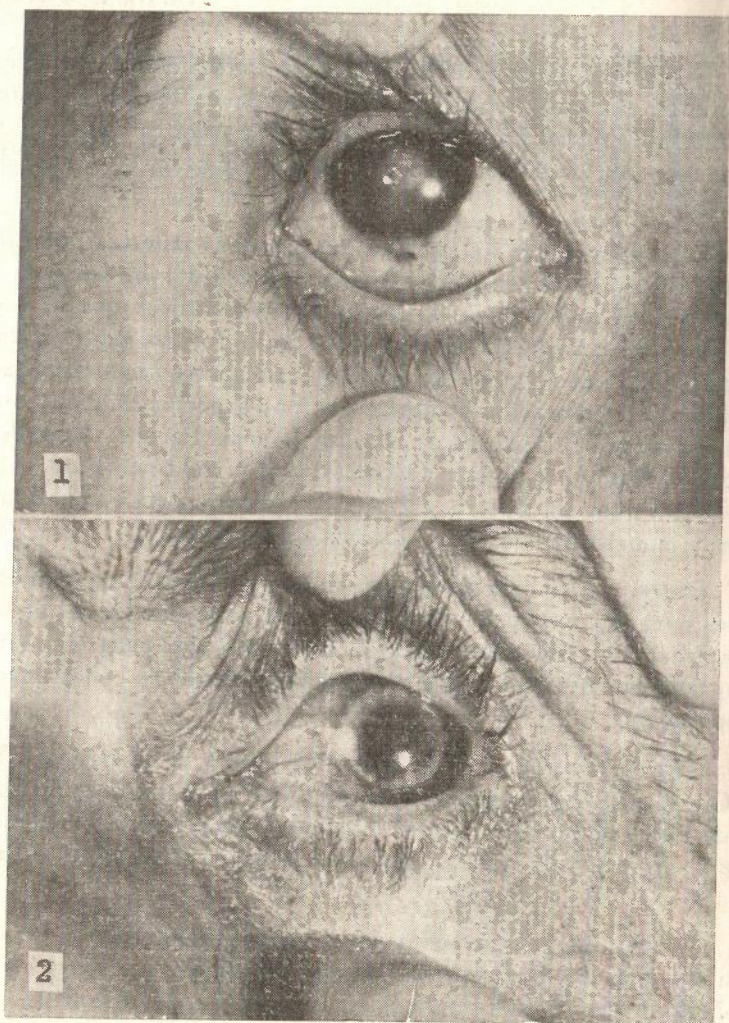


Fig. 1 - Enfermo antes del injerto corneano.

Fig. 2 - Enfermo después del trasplante corneano.

CUADRO EXPLICATIVO DE LAS QUERATOPLASTIAS

Este cuadro resume los detalles de los injertos oculares presentado como informe preliminar.

( 1 - 3 - 4 - 5 - 6 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12 )

Pacientes Nº	EDAD SEXO	OJO O- PERADO	INJERTOS		DIAGNOSTICOS	VISION		COMPLICA- ciones	CONTROL
			Nº de ellos	Tama- ño		Antes	Después		
(1) R.A.	16 Años F.	O.D.	1	6 m.m.	Leucoma Centropupilar	Dedos 2 m.	20/30	No	Si
(2) F.M.	18 Años F.	O.S.	1	6 m.m.	Leucoma Adherente	Dedos 20 cm.	20/80	No	Si
(3) E.R.	45 Años M.	O.U.	2	6 m.m.	Queratitis de Groenouw	Luz	20/30	Opacidad del O.S.	Si
(4) H.A.	20 Años M.	O.U.	2	7 m.m.	Queratoconos	20/80	20/20	No	Si
(5) O.P.	24 Años F.	O.S.	3	10, 8, 6 m.m.	Queratitis Esclerosante	Sombras	6/200	Glaucoma	Si
(6) A.T.	68 Años F.	O.S.	1	6 m.m.	Leucoma Químico	Luz	Luz	Opacificación	No
(7) N.D.	48 Años M.	O.S.	1	7½ m.m.	Megalocórnea con Queratocono	20/200	20/100	Iritis	No
(8) L.M.	33 Años F.	O.D.	1	6 m.m.	Queratocono	20/100	20/200	Error de diagnóstico	Si
(9) J.P.	42 Años M.	O.U.	2	9 m.m.	Megalocórnea con Queratocono	4/200	?	En Post-ope- ratorio	Si
(10) L.H.	41 Años M.	O.S.	1	6 m.m.	Leucoma Post-traumático	Dedos 1 m.	20/50	Iritis	Si
(11) M.H.	73 Años F.	O.S.	1	6 m.m.	Distrofia de Fuchs Epitelial	Sombras	5/200	Vascularización	Si
(12) H.A.	35 Años F.	O.S.	1	7½ m.m.	Leucoma Adherente	20/100	20/30	No	Si
(13) F.Ll.	38 Años F.	O.D.	1	6 m.m.	Distrofia Congénita	Luz	20/100	Iritis	Si
(14) O.R.	40 Años M.	O.U.	1	6 m.m.	Queratitis Cicatricial	Luz	Luz	Opacificación	No

## BIBLIOGRAFIA

- 1.) AMSLER, M.: La notion de Kératocone, Bull. et mém. Soc. franc. d'opt., 64: 272-276 (1951); -abstr.- Excerpta Médica, 6 (Ophthalmology): 399 (1952).
- 2.) ARRUGA, H.: La greffe Cornéenne, Arch. d'opt., 3: 289-313 (1989); -abstr.- Am. J. Ophth., 22: 1187-1188 (1939).
- 3.) BARRAQUER MONER, J. 1.: Resultados de la Queratoplastia, Arch. Soc. oftal. hispano-am., 10: 141-144 (1950); -abstr. Excerpta Medica, 5 (Ophthalmology): 22 (1953).
- 4.) CASTROVIEJO, R. Results of corneal transplantation, Arch Ophth., 19: 834-835 1938).
- 5.) CASTROVIEJO, R.: Indications and contraindications for Keratoplasty and keratectomies, Am. J. Ophth., 29: 1081-1088; disc. 1089 (1946).
- 6.) CASTROVIEJO, R.: Keratoplasty for the treatment of Keratoconus, Tr. Ah. Ophth. Soc., 36: 127-152; disc. 152-153 (1948).
- 7.) ESTRADA, E. A.: Comunicación personal.
- 8.) FRANCESCHETTI, A.: Corneal grafting, Tr. Ophth. Sox. U. Kingdom, 69: 17-35 (1949).
- 9.) PATON, R.: Complications encountered in keratoplasty. Am. J. Ophth., 30: 1436-1439 (1947).
- 10.) PITTAR, C. A.: The treatment of clinical cornea by corneal grafting, New Zeland M. J. (suppl.): 20-26 (1951); -abstr.- Excerpta Medica, 6 (Ophthalmology): 452 (1952).
- 11.) RODRIGUEZ BARRIOS, R., and Echague, J. V.: Nuestra experiencia sobre 41 casos de injertos de córnea, Bol. Soc. cir. Uruguay. 21: 290-328 (1950); -abstr.- Excerpta Medica. 5 (Ophthalmology): 628-629 (1951).
- 12.) WASSERMANN, I.A.: Therapeutic non-penetrating corneal grafts in cases of pannus trachomatousus, Sovet. vestnik oftal., 28: 22-25 (1941); -abstr.- Excerpta Medica. 4 (Ophthalmology): 522-523 (1951).
- 13.) In PATON, R. T.: Keratoplasty. The Blaskiston Division. McGraw-Hill Boock Company, Inc. New York, Toronto, London. 5, 57-109 (1955).

## DOS CASOS DE MENINGOCOCCEMIA CON SINDROME DE WATERHOUSE-FRIDERICHSEN OBSERVADOS EN EL HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA

Dr. Hernán Cano A.

A continuación se describen las historias clínicas de dos pacientes que presentaron el cuadro clínico de meningococemia con Síndrome de Waterhouse-Friderichsen, uno de ellos con supervivencia. Por carecer este Hospital de Laboratorio propio, no fue posible hacer el estudio completo, desde el punto de vista cito-bacteriológico y de dosificación hormonal, tan interesante para la comprobación de estos síndromes. No obstante, en uno de ellos, el estudio necrópsico es concluyente, como se verá en el diagnóstico anatomopatológico; la evolución clínica del otro, es tan característica, tan típica, que el diagnóstico se hace evidente.

### CASO N° 1

Historia N° 870.—J. I. G. M.—19 años. Natural de Girardota. Peso: 56 kilos. Ingresó el 11 de septiembre de 1956 con el siguiente certificado médico: **Actitud general:** Accesible, ordenada. **Orientación:** En el tiempo, en el espacio y personas. **Conciencia:** Clara. **Actividad motora:** Inhíbida, quietud rígida. **Estado de ánimo:** Triste, tranquilo. **Conducta:** Dócil, cuidadoso, no habla, no come, serio, modesto, reconcentrado. Con alucinaciones visuales y auditivas.

**Antecedentes personales:** Enfermedades de la infancia, parasitosis intestinal y traumatismos leves de cráneo. Ingresó a la escuela a los 7 años y permaneció durante 5 con buen rendimiento. Empezó a trabajar a los 7 años en la agricultura. **Conducta:** Buena. **Vida sexual:** Virgen. **Antecedentes familiares:** Una tía y la abuela materna tuvieron episodios psicóticos.

**Observaciones del día de entrada:** Traído por dos agentes; bradipsíquico, bradilálico, catatónico de posición. Sus alucinaciones son de tinte sexual. Las voces que oye lo incitan a cometer pecados "impuros" con hombres? También le dicen que se debe casar si no quiere "ascender a marico". Se niega a revelar qué clase de figuras aparecen en sus alucinaciones. Hay en él fuerte sentimiento de culpabilidad; dejó el trabajo para dedicarse a la oración y al pago de promesas. Quiere dejar su casa. Durante el interrogatorio adopta poses de extasiado.

13-IX-56.—Hipodinámico y bradipsíquico. Adopta una actitud de completa pasividad, sin mirar al interlocutor ni acompañar sus respuestas con mímica. Buena orientación autopsíquica. Está bien orientado en el espacio y parcialmente orientado en el tiempo. El curso del pensamiento es coherente pero muy lento. Difícilmente responde y las escasas respuestas que da son muy lacónicas. Solo manifiesta que siente inducciones a ejecutar "Cosas malas" pero no puede precisar si es durante los sueños o si es que sufre verdaderas alucinaciones. La atención está muy disminuída. La memoria parece conservada. La actividad está reducida al mínimo. La afectividad parece engolfada en sus propios conflictos intrapsíquicos, al parecer de fuerte colorido sexual. Neurológico normal. Caracteres sexuales secundarios incompletamente desarrollados. Vello pubiano ginecoide, Escaso vello axilar y facial. No hay vello torácico.

11-IX-56. El examen clínico practicado por el médico interno en esta fecha describe lo siguiente:

Pulso 68 p. m. P. A. 125 y 85. Parece percibirse soplo sistólico suave que se clasifica como funcional. Lengua despulida, roja, tipo avitaminósico. Conjuntivas pálidas.

Desde septiembre 13 hasta septiembre 24 se le aplicaron 5 electrochoques. Después de aplicarle el segundo empieza a despejarse. Está trabajando en el servicio de Laborterapia.

25-IX-58.—Este paciente amaneció hoy con 39° C., cianosis muy notable, polipnea (44 respiraciones p. m.), tiraje intercostal-obnubilación mental. Numerosas y extensas petequias de piel de cara, tórax, abdomen, nalgas y miembros superiores; las hay más discretas en miembros inferiores. Equimosis subconjuntivales. 150 contracciones cardíacas por minuto a la auscultación precordial. No se palpa pulso periférico, ni se aprecia tensión arterial. Auscultación y percusión de pulmones normales. Hipotonía generalizada. Arreflexia osteotendinosa de miembros inferiores; hiporreflexia osteotendinosa de miembros superiores. Reflejos cutáneos abdominales cremasterianos y plantares abolidos. Rigidez del dorso. Fondos de ojo: papilas congestivas, con relación arteria vena 1:1. Responde a estímulos dolorosos fuertes. Bazo percutible en amplia zona. Hígado normal. el resto de abdomen nada anormal.

No es posible abrir la boca para observar mucosas de cavidad oral y faringe. Esta observación se hizo a las 10 a. m. Se extrajo líquido cefalorraquídeo de aspecto limpio, con el siguiente resultado: No hay pus, pocos leucocitos, hematies presentes, no hay flora microbia-

na, los cultivos resultaron negativos para cocos piógenos. Solo se obtuvo cultivo de contaminantes. Globulinas normales. Albúmina 0,16%.

Con el diagnóstico de presunción de: Síndrome de Waterhouse-Friderichsen se inyectaron 100 mgs. de Scherosona musculares, 1 amp. Cardiazol efedrina muscular. 500 c. c. cúbicos de suero mixto más 500 mgs. de terramicina venosa, se hace Trendelemburg y se instala oxígeno. 30 minutos después presenta crisis convulsivas generalizadas, vomita, se aspira el vómito y muere por asfixia, sin dar tiempo a la aplicación de las medidas del caso.

Necropsia N° 1.260. Practicada el 26-IX-56 a las 9 a. m.

**Cráneo:** Presenta en la aponeurosis epicraneal pequeñas sufusiones sanguíneas. **S. Nervioso: Duramadre:** Presenta los vasos muy congestionados. **Cerebro:** Los vasos de toda la superficie se encuentran muy congestionados. El corte es de aspecto normal. **Cavidad torácica:** Hay como 500 c. c. de líquido citrino libre en ambas cavidades. **Mediastino:** Los vasos de esta región principalmente los venosos y capilares están muy congestionados. **Aparato Respiratorio:** Laringe, glotis, cuerdas vocales tienen los vasos de sus paredes muy congestionados. La mucosa de la tráquea y grandes bronquios, muy congestionada. **Aparato Circulatorio:** Pericardio: Superficies externa e interna con vasos congestionados. **Aparato Digestivo:** Cavidad bucal, amígdalas y faringe muy congestionadas. **Estómago:** Muy distendido, la mucosa presenta autodigestión y algunas petequias. **Yeyuno e íleon:** Algunos áscaris lumbricoides en su luz. **Ciego:** Presenta tricocefalos. **Colon:** el colon descendente presenta pequeñas manchas hemorrágicas. **Glándulas endocrinas: Timo:** Atrófico. **Tiroides:** Pesa 90 gramos, está muy congestionado. **Suprarrenales:** La derecha mide 6 x 8 centímetros. La izquierda 8 x 4 cms. La cápsula y la médula en ambas presentan extensas zonas hemorrágicas. **Diagnóstico Macroscópico:** Euquimosis en la piel, en las conjuntivas oculares, en mucosa de colon, cianosis, congestión de los pulmones, tiroides y en general de todos los capilares y venas del cuerpo. Hidrotórax. Hemorragias suprarrenales.

**Descripción microscópica:** S. N. C.: en la leptomeninge de cerebelo se observa un pequeño acúmulo de leucocitos alrededor de un vaso. Dx: Laptomeningitis. Pulmón: Zonas que presentan engrosamiento, ligera fibrosis y también ligero infiltrado leucocitario; además, hay algunos alvéolos que presentan en su luz fibrina y células cardíacas. Alrededor de algunos bronquios hay pequeños acúmulos de leucocitos. Dx: Edema Pulmonar: Suprarrenal: se observa exten-

sa hemorragia en la capa medular y cortical; las capas más afectadas son la reticular y la fascicular. Solo se observa pequeñas zonas que no presentan esta hemorragia. Dx: Petequias. Además se comprobó la presencia de hemorragia sub-conjuntival, gastritis atrófica, colitis. Timo: Hay todavía abundante tejido linfoide y los corpúsculos de Hossal algunos están hialinos y con calcificaciones. Dx: persistencia del Timo.

**Nota:** Se hizo cultivo de sangre de la vena cava inferior y reportaron negativo para todo germen.

**Diagnóstico anatomopatológico:** Hemorragia masiva de las suprarrenales. Petequias. Lptomeningitis. Edema pulmonar. Gastritis atrófica. Colitis inespecífica. Congestión pasiva de todos los órganos. Persistencia del Timo. SINDROME DE WATERHOUSE-FRIDERICHSEN.

---

## CASO N° 2

Historia clínica N° 809.—C. C. M. de 30 años de edad, Natural de: Yolombó. Ingresó el 24 de abril de 1956 con manifestaciones psíquicas anormales desde el 21 de abril de 1956. **Actitud general:** Accesible, ordenado, aislado. **Orientación:** Obnubilado. **Conciencia:** oscura, confusa, distraída. **Actividad motora:** Quietud rígida. **Estado de ánimo:** indiferente, triste, tranquilo. **Conducta:** dócil, cuidadoso, no come, sereno, sereno, reconcentrado. En estado de mutismo.

**Anotaciones del día de entrada:** Llegó por primera vez "Estoy en Bogotá y este es el cuartel". Humor estable con explosiones esporádicas hilarantes. Al parecer desorientado en ambos planos. Se ríe a la menor sugerencia. Correctamente vestido. Pesa 50 kilos. El examen clínico practicado por el médico interno el 27-IV-56, describe lo siguiente: paciente enflaquecido, asténico y pálido. Soplo sistólico funcional en foco mitral. T. A. 12-7. Pulso 80 p. m. Dentadura descuidada. Vello pubiano ginecoide. Falta de vello torácico y el facial es escaso. Abdomen blando y depresible. Hígado un poco disminuído de volumen. Examen neurológico: Normal.

5-V-56. El paciente relata que tuvo una fiebre durante 5 días, le dieron Aralén y curó. El 20 de abril "perdió la memoria" y no la recuperó hasta el 30. De este lapso no recuerda más que vagamente que dos policías "lo traían para el cuartel". Perfectamente orientado en todos los planos. Sin delirios. Sin alucinaciones. Buena efectividad.

sa hemorragia en la capa medular y cortical; las capas más afectadas son la reticular y la fascicular. Solo se observa pequeñas zonas que no presentan esta hemorragia. Dx: Petequias. Además se comprobó la presencia de hemorragia sub-conjuntival, gastritis atrófica, colitis. Timo: Hay todavía abundante tejido linfoide y los corpúsculos de Hossal algunos están hialinos y con calcificaciones. Dx: persistencia del Timo.

**Nota:** Se hizo cultivo de sangre de la vena cava inferior y reportaron negativo para todo germen.

**Diagnóstico anatomopatológico:** Hemorragia masiva de las suprarrenales. Petequias. Laptomeningitis. Edema pulmonar. Gastritis atrófica. Colitis inespecífica. Congestión pasiva de todos los órganos. Persistencia del Timo. SINDROME DE WATERHOUSE-FRIDERICHSEN.

---

## CASO N° 2

Historia clínica N° 809.—C. C. M. de 30 años de edad, Natural de Yolombó. Ingresó el 24 de abril de 1956 con manifestaciones psíquicas anormales desde el 21 de abril de 1956. **Actitud general:** Accesible, ordenado, aislado. **Orientación:** Obnubilado. **Conciencia:** oscura, confusa, distraída. **Actividad motora:** Quietud rígida. **Estado de ánimo:** indiferente, triste, tranquilo. **Conducta:** dócil, cuidadoso, no come, serio, sereno, reconcentrado. En estado de mutismo.

**Anotaciones del día de entrada:** Llega por primera vez "Estoy en Bogotá y este es el cuartel". Humor estable con explosiones esporádicas hilarantes. Al parecer desorientado en ambos planos. Se ríe a la menor sugerencia. Correctamente vestido. Pesa 50 kilos. El examen clínico practicado por el médico interno el 27-IV-56, describe lo siguiente: paciente enflaquecido, asténico y pálido. Soplo sistólico funcional en foco mitral. T. A. 12-7. Pulso 80 p. m. Dentadura descuidada. Vello pubiano ginecoide. Falta de vello torácico y el facial es escaso. Abdomen blando y depresible. Hígado un poco disminuído de volumen. Examen neurológico: Normal.

5-V-56. El paciente relata que tuvo una fiebre durante 5 días, le dieron Aralén y curó. El 20 de abril "perdió la memoria" y no la recuperó hasta el 30. De este lapso no recuerda más que vagamente que dos policías "lo traían para el cuartel". Perfectamente orientado en todos los planos. Sin delirios. Sin alucinaciones. Buena efectividad.



Memoria correcta, salvo para el lapso antes mencionado. Pasa a Laborterápia para observación.

16-V-56. Paciente muy angustiado, excitado; anoche se quejaba de dolor en F. I. D. el médico interno no le encontró mayores signos, le prescribió antiespasmódicos. Hoy amaneció con diarrea verdosa escasa. Temperatura oral 37.5. Presenta equimosis y petequias numerosas en pies, piernas, muslos, pabellones de orejas, manos, antebrazos, y escasos elementos en piel de tronco. Cianosis periférica. Manos y pies fríos. No se aprecia T. A. 140 pulsaciones p. m. en la arteria femoral. Polipnea 46 p. m. Auscultación y percusión de pulmones normal. Rigidez de nuca, signo de Kerning positivo. No hay reflejos cutáneos abdominales ni cremasterianos.

Reflejos plantares normales. Hiporreflexia osteotendinosa generalizada. L. C. R. turbio. se remitió muestra para citobacteriológico. Bazo percutible en pequeña zona. Abdómen meteorizado. Artralgias Contracciones musculares fibrilares en extremidades. Se hace el diagnóstico de presunción de Meningitis con Síndrome de Waterhouse-Friderichsen. Se ordena Penestrep. c. 8 horas muscular. Cortirón 10 mls. c. 8 horas muscular. Sherosona 50 mlgs. c. 8 horas. Aureomicina 1 grm. cada 12 horas en 500 c. c. de suero mixto. Vitamina C. 1 grm. c. 12 horas venoso. Oxígeno Vit. K. transfusión.

17-V-56. 8.30 a. m. igual estado de depresión, astenia y adinamia. Solo moviliza con corta amplitud los miembros inferior y superior izquierdos; continúa con anisocoria con midriasis derecha. Reflejos cutáneos abdominales presentes. Reflejos tendinosos abolidos en miembros superior e inferior derechos, disminuídos en el lado contrario. Tiene gran globo vesical: Ha estado orinando por rebozamiento. La cantidad y extensión de las equimosis y petequias permanece estacionaria. Artralgias marcadas. Pulso 160 p. m. T. A. 100 y 60. Orina de color rojizo. Temperatura 36.4. L. C. R. francamente turbio color amarilloso purulento. Hay un coágulo purulento en el fondo del tubo. Examen microscópico: piocitos abundantes. Franca reacción leucocitaria. Diplococos gran negativos intra y extracelulares abundantes. No hay otros gérmenes.

17-V-56. 5 p. m. 36° C de temperatura en axila. Se queja de cefalea intensa. Está consciente. Acusa amnesia lacunar de 24 horas. T. A. 100 y 60-80 pulsaciones p. m. Gran Arritmia. No hay soplos. Imposibilidad para mover los miembros inferiores. Edema de antebrazo y brazo derechos. Se da analgésicos.

Continúa consciente y sin mayores modificaciones clínicas, api-

rético con limitación de la movilidad activa, artrálgias, T. A. 100-60 hasta el 20-V-56. Al día siguiente más lúcido, con mejor motilidad activa y anisocoria casi imperceptible. Continúa orinando por rebozamiento. 23-V-56. Buen estado de ánimo. Es cada vez más amplia la motilidad activa de sus extremidades; en las inferiores edema grado I; a la presión acusa dolor tanto en miembros superiores como inferiores. T. A. 120 y 70. Pulso 72 p. m., lleno, regular. Temperatura 36-8.

24-V-56. Se sienta sin ayuda. continúa con edema de miembros inferiores. Las equimosis se han modificado poco, son muy dolorosas a la palpación. Temp. 36.8. Conjuntivitis catarral.

28-V-56. Solo ligero edema maleolar. Continúan muy dolorosas las extremidades a la presión. Equimosis en fase resolutive. Buena motilidad pupilar. Conjuntivas bien.

29-V-56. Sin edemas de miembros inferiores. Apirético.

2-VI-56. Ayer tenía en las horas de la tarde 38-5. Enflaquecido, un poco anémico. Los hematomas y las petequias casi han desaparecido; no obstante, algunas se han infectado y han hecho escaras que al parecer están produciendo la fiebre. T. A. B. D. 11.5. 7-5-96 pulsaciones p. m. Lengua saburral y seca. Bazo no percutible. En abdomen nada anormal. Hay impotencia relativa para extensión de articulación de codo derecho (Hemartrosis con reacción fibrosa residual?). Formulo Penicilina, Combex, Melactin, Cofrón 12.

19-VI-56. Estado nutricional malo. Es reposado y tranquilo. Hace alrededor de 8 días está deambulando, en un principio con marcha vacilante, hoy ya más segura. En los puntos donde tenía equimosis hoy solo le restan escamo-costras que está eliminando. Buen apetito. Apirético. El 17-VI-56 Tuvo 38 grados y diarrea mucosanguinolenta con trofozoitos de amiba-histólica en fecales. Cedió a la medicación habitual.

11-VII-56. El paciente ya recuperado de su grave afección somática sigue en perfecto estado de normalidad psíquica. Se le da de alta.

### CONCLUSIONES:

Se describe dos casos de Síndrome de Waterhouse-Friderichsen en pacientes de raza mestiza, agricultores, de 19 y 30 años respectivamente, que ingresaron con manifestaciones clínicas de **depresión endógena** (caso N° 1) y **Psicosis exógena aguda posiblemente palúdica** (caso N° 2). El primer caso mejoró rápidamente con convulsoterapia y laborterapia. El segundo, se recuperó al parecer, con el tratamiento

antipalúdico que le habían prescrito antes de su ingreso, y luego con su permanencia en Laborterapia.

Al iniciarse el síndrome de Waterhouse-Friderichsen, como una enfermedad intercurrente, entran ambos en confusión mental; el caso N° 2 tuvo antes manifestaciones prodrómicas de angustia y agitación.

Desde el punto de vista somático, llama la atención, la presencia en ambos enfermos de un hipogonadismo leve, con escaso desarrollo de vello axilar y torácico y con implantación del vello pubiano de tipo ginecoide.

El enfermo número 2 inicia su afección somática con dolores abdominales y diarrea verdosa.

En ambos hay fiebre inicialmente. Una vez establecida la apoplejía suprarrenal, hay gran cianosis, con hipotensión arterial debida al colapso vascular periférico; se presentan numerosas petequias y hematomas explicables por el aumento de la fragilidad capilar y por la presencia de émbolos sépticos que producen necrosis especialmente de arteriolas y capilares; hay notable polipnea; manifestaciones de confusión mental y signos meníngeos expresión de la congestión pasiva y de las petequias de las meninges.

El caso N° 2 tuvo manifestaciones articulares (artralgias, impotencia funcional) quizá por fenómenos congestivos y derrames hemáticos localizados en estos sitios. Por la evolución fulminante del caso N° 1, no fue posible apreciar estos fenómenos tan frecuentes en el síndrome que se comenta.

## BIBLIOGRAFIA

- Albrecht. F. K.**—"Modern Management in Clinical Medicine". The Williams & Wilkins Company, Baltimore 1946, p. 631.
- Cecil R. L.** "A Textbook of Medicine". Ninth Edition W. B. Saunders Company - Philadelphia - London, p. 772-773 - 1.199-190.
- Nelson W. E.** "Textbook of Pediatrics. W. B. Saunders Company Philadelphia. London, 1950 p. 505-1.401.
- Selye H.** "Textbook of Endocrinology". Acta Endocrinológica. Inc. Montreal - Canadá - 1950, p. 131-137-863.
- Sutton R. L.** "Handbook of Diseases of the skin". The C. V. Mosby Company. St. Louis. 1949, p. 451.

## AMIBIASIS Y PARASITOSIS INTESTINAL EN EL HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA

Dr. David Botero Ramos

Dr. Federico López

Dr. Hernán Cano Atehortúa

Dr. Gabriel Vélez Restrepo

Si recordamos que la amibiasis es adquirida por la ingestión de alimentos o líquidos contaminados por formas quísticas de *E. histiolítica* no podemos menos de asombrarnos de cuán alta sería la incidencia de ésta parasitosis en el Hospital Mental en el cual los medios higiénicos son apenas rudimentarios, la colaboración de los pacientes nula en un alto porcentaje y la procedencia de ellos campesina en una inmensa mayoría. Si someramente analizamos las tres causales anteriores, nos veremos en la obligación de aceptar que la incidencia de parasitosis intestinal en todas sus variedades es realmente alta, pero que ésta incidencia debe considerarse como un hecho en el cual los factores causantes, tanto directos como indirectos, se encuentran agravados en grado sumo por: 1º) El Hospital Mental de Antioquia asila en la actualidad alrededor de unos mil quinientos pacientes y basta con decir que se reduce a un inmenso caserón antiguo que utiliza agua no solo insuficiente en su cantidad, sino que por su pureza deja mucho que desear; que la proveeduría de alimentos, preparación y distribución de los mismos no se puede considerar como higiénicamente aceptable; que es deficiente el aseo del local, como también es deficiente el aseo personal y la eliminación de materiales humanos de desecho; que el problema del hacinamiento se hace bien palpable cuando en un pequeño patio cementado conviven grupos de pacientes que van desde ciento treinta hasta doscientos setenta y cuando tienen que dormir en salones que recuerdan verdaderos campos de concentración; que los escasos recursos económicos hospitalarios no solamente impiden remediar en parte las anteriores anomalías, sino que no permiten disponer de los suficientes elementos humanos, drogas e implementos hospitalarios indispensables. 2º) El paciente mental es de por sí un enfermo que constituye un verdadero problema médico, científico y administrativo. 3º) En el Hospital Mental, como se anotó antes, la mayoría de los pacientes son gentes campesinas y analfabetas, con un grado de cultura deficiente. Son muchos los pacientes que a más de su trastorno mental traen

como si les fueran inherentes la desnutrición, las avitaminosis, las parasitosis, las enfermedades crónicas y la miseria económica.

Así, pues, a nadie escapa cuán difícil es el problema higiénico y económico en el Hospital Mental, cuando el personal asilado es de por sí un verdadero obstáculo que se agiganta cuando los demás factores que podrían ser atenuantes tenemos que considerarlos como agravantes de primer orden.

No obstante lo anterior vemos con satisfacción que cada día se busca con mayor interés remediar las tremendas deficiencias y que en los últimos años se ha intensificado la asistencia médica y de enfermería y se ha instituido el estudio anatómo-patológico post-mortem. En estos estudios se notó una gran frecuencia de muertes por amibiasis intestinal o una de sus complicaciones. Movidos por este hecho, hicimos una encuesta sobre parasitosis intestinal en un número de enfermos representativos del total de hospitalizados en los servicios de beneficencia para apreciar, la frecuencia de la *Amiba histolítica* y de todos los otros parásitos intestinales.

Los resultados de esta encuesta y los hallazgos de autopsia en los casos de amibiasis mortal son el motivo de esta publicación.

## MATERIALES Y METODOS

Como medio de comparación y con el objeto de obtener una conclusión más verídica se hicieron los exámenes coprológicos en tres laboratorios distintos y en forma simultánea. Estos laboratorios fueron: Laboratorio de Parasitología de la Facultad de Medicina; Laboratorio Departamental y Servicio de Hospital Mental que fue atendido por técnicas en Laboratorio.

En el Laboratorio de Parasitología de la Facultad de Medicina se estudiaron 150 individuos que corresponden al 10% de los hospitalizados, La escogencia se hizo al azar, tomando aproximadamente la mitad entre varones y la otra mitad entre mujeres. La mayoría de ellos en la edad media de la vida, con límites máximos de 87 años y mínimo de 15 años. La procedencia en su mayoría campesinos y de los departamentos de Antioquia, Caldas, Córdoba, Chocó, Bolívar, Atlántico y el Valle del Cauca. Se tuvo presente el tiempo de hospitalización y la presencia o ausencia de sintomatología digestiva presente o pasada, la presencia de signos o síntomas de disentería o de otros correspondientes al aparato digestivo.

De cada uno de ellos se obtuvo una muestra de materias fecales con laxante salino previo. Las muestras fueron enviadas en frascos

de vidrio a los Laboratorios, en las horas de la mañana, donde se les hizo inmediatamente examen microscópico directo, consistente en una o dos preparaciones con solución salina y con lugol, para observar tanto los trofozoitos móviles, como los quistes teñidos, los huevos y las larvas de helmintos. En las horas de la tarde se practicó a cada muestra un examen por concentración, usando el método de flotación de Faust con sulfato de zinc, se observaron de nuevo las preparaciones en fresco y teñidas con lugol.

En el Laboratorio Departamental se procedió en idéntica forma en cuanto a escogencia del personal, preparación del paciente, colección de muestras y envío de éstas. El total de enfermos examinados fue de 149 que corresponden al 9,86% de los hospitalizados.

En idénticas condiciones se procedió para que las muestras de materias fecales fueran examinadas por las Técnicas de laboratorio que voluntariamente concurren al Hospital Mental a prestar sus servicios. Ellas procedieron al examen inmediatamente después de recibidas las muestras y practicaron el método directo. Solo practicaron 64 exámenes que corresponden al 4,26% del total de hospitalizados. Es de advertir que estos 64 exámenes se realizaron en personal masculino.

## RESULTADOS

De los 150 individuos examinados en Laboratorio de Parasitología de la Facultad, 148 presentaron parásitos en las materias fecales, lo que da una incidencia de parasitosis intestinal de 98,7%.

De los 148 exámenes practicados en el Laboratorio Departamental 138 presentaban parásitos en sus materias fecales, lo que da una incidencia de parasitosis intestinal de 93,2%.

De los exámenes practicados por las Técnicas 46 presentaron parásitos en sus materias fecales, lo que da una incidencia de parasitosis intestinal del 71,8%.

Como bien puede observarse en los cuadros que a continuación figuran, hubo una bien acentuada parasitosis múltiple:

	Lab. Parasit. Fac. de Medic.		Laboratorio Deptal.		Técnicas V. H. Mental
Sin parásitos .....	1.3%	....	6.75%	....	28.12%
Con 1 variedad .....	10.0%	....	29.05%	....	43.75%
Con 2 variedades .....	22.7%	....	31.08%	....	20.31%
Con 3 variedades .....	28.0%	....	25.75%	....	10.90%
Con 4 variedades .....	21.3%	....	11.49%	....	3.12%

Con 5 variedades .....	10.0%	....	2.02%	....	3.12%
Con 6 variedades .....	6.7%	....	0%	....	0%

.. Respecto a las diferentes especies de parásitos encontrados, fueron notorios los altos porcentajes de protozoos intestinales, con predominio de las Amibas coli e histolítica. De los helmintos predominaron los tres más comunes de los países tropicales, que son Tricocefalos, Uncinarias y Ascaris. Los porcentajes con los distintos parásitos se muestran en los siguientes cuadros:

<b>Protozoos</b>	<b>Lab. Parasit. Fac. de Medic.</b>	<b>Laboratorio Deptal.</b>	<b>Técnicas V. H. Mental</b>		
E. histolítica .....	35.3%	....	12.16%	....	7.81%
E. coli .....	59.3%	....	38.51%	....	9.37%
Iodamoeba butschlii .....	24.0%	....	8.78%	....	3.12%
Giardia lamblia .....	10.6%	....	5.40%	....	3.12%
Trichomonas intestinalis ..	20.0%	....	21.62%	....	3.12%
Chilomastix mesnili .....	12.6%	....	12.16%	....	0%
Endolimax nana .....	4.7%	....	0%	....	0%
Balantidium coli .....	1.3%	....	0%	....	0%

<b>Helmintos</b>	<b>Laboratorio Deptal.</b>	<b>Lab. Parasit. Fac. de Medic.</b>	<b>Técnicas V. H. Mental</b>		
Trichuris trichiura .....	61.3%	....	48.64%	....	29.68%
Uncinarias .....	48.0%	....	29.72%	....	26.56%
Ascaris lumbricoides .....	30.6%	....	24.32%	....	32.81%
Strongyloides stercoralis ..	6.7%	....	3.37%	....	10.90%
Oxyuris vermicularis .....	1.3%	....	0%	....	0%
Hymenolepis nana .....	0.7%	....	0%	....	0%

Los resultados antes anotados fueron mayores en el Laboratorio de Parasitología de la Facultad de Medicina debido a que se usó el método de concentración y se comprueba que el método con sulfato de zinc de Faust permite demostrar la presencia de quistes, de amibas y de huevos de parásitos en muestras que no los había revelado al examen directo.

De los pacientes examinados solo 6, o sea el 4%, tenían alguna sintomatología digestiva en el momento de tomarse la muestra para el examen coprológico, mientras que 114, o sea el 76%, presentaron en sus antecedentes patológicos síntomas del tracto digestivo que pudieran ser debidos a parásitos o a cualquier otra causa. El síntoma más

común presentado por los pacientes (111 de ellos o sea el 74%) fue la diarrea como antecedente, ya que solo 4 (2.7%) la presentaban como la fermedad actual. Es de anotar que 3 de los 10 pacientes que tenían 6 variedades de parásitos no presentaron nunca síntomas digestivos.

## DISCUSION

Llama la atención lo importante que es el método de laboratorio a seguir y sobresale el valor del empleo del Sulfato de Zinc ideado por Faust.

Es difícil encontrar en el mundo una incidencia de parasitosis intestinal que sobrepase la cifra de 98.7% hallada en el Hospital Mental de Antioquia. Se han encontrado porcentajes similares en algunas regiones campesinas del Japón (1) y en campos de concentración de prisioneros de guerra (2). En los pacientes adultos del Hospital de San Vicente de Paúl de esta ciudad, encontramos una incidencia de 83%, haciendo tres exámenes directos en 3 días diferentes (3).

Es notoria la alta frecuencia de protozoos intestinales de los que se encontraron 8 variedades con porcentajes tan altos como el 59.3% para la *Amiba coli*. Esta alta infestación por protozoos es perfectamente comprensible cuando se observan las condiciones higiénicas personales de los asilados y las condiciones ideales existentes en el Hospital Mental para la transmisión directa de los quistes a través de las manos, de la comida, de las moscas, etc. La incidencia de *Amiba histolítica* es muy alta. 35.3%, es comparable a la encontrada por el Dr. Faust, 40%, en el Hospital San Isidro de la ciudad de Cali (4).

Llama la atención que a pesar del multiparasitismo y de la alta frecuencia de la *Amiba histolítica*, solo el 4% de los pacientes tuvieron algún síntoma digestivo. Si es cierto que el 76% tienen antecedentes de sintomatología, ésta estuvo en el 74% de ellos, constituida por diarrea, síntoma que puede tener múltiples causas. Esto revela una vez más la gran tolerancia que existe entre nosotros para los parásitos intestinales, los que ocasionalmente producen sintomatología grave o complicaciones que causen la muerte.

## II ESTUDIO ANATOMO-PATOLOGICO POST MORTEM

Se realizaron 92 autopsias, en 14 de las cuales se encontró la amibiasis intra o extraintestinal. Estos 14 fueron individuos adultos con edades que oscilaban entre 30 y 79 años. Había antecedentes clínicos de disentería en 8 de ellos, o sea el 57%. Los signos de carencia nu-



tricional fueron positivos en 10, tres de los cuales presentaban una verdadera caquexia.

El estudio macroscópico del colon mostró colitis con ulceraciones en 11 casos (79%). En tres casos (21%) había una verdadera colitis gangrenosa. La perforación del intestino grueso fue la complicación más frecuentemente encontrada en este grupo. De los 14 casos la mitad mostraban peritonitis por esta causa, la que era localizada en 5 y generalizada en 2.

Se hizo examen directo de las úlceras del colon en 5 casos, con el fin de buscar las amibas y 4 resultaron positivos. Todos fueron estudiados en cortes histológicos y en 8 se pudieron identificar trofozoitos de amiba, algunos fueron dudosos debido a las alteraciones morfológicas del parásito consiguientes al proceso del corte en parafina y a la coloración con hematoxilina-eosina que no son apropiados para la identificación de protozoos.

### COMENTARIOS

De los 14 casos de autopsia en que se encontró amibiasis, se le atribuye a esta entidad la causa de muerte en 4, en los cuales la perforación con peritonitis fue el cuadro patológico predominante. En 5 casos la invasión amibiana fue tan considerable, que la podemos considerar contribuyente a la muerte de los enfermos, los que concomitantemente presentaron otra patología diferente. Los 5 casos restantes presentaron la amibiasis como hallazgo ocasional. Otros resultados que muestran la perforación intestinal como la mayor causa de muerte en amibianos, concuerdan con los previamente revisados en el Hospital de San Vicente de Paúl (5), donde se realizaron 850 autopsias y se encontró que once tenían la amibiasis como causa de la muerte, de los cuales cinco fueron por perforación intestinal, cuatro por colitis aguda y dos por absceso hepático. En un estudio realizado en los Institutos de Patología de las Fuerzas Armadas de Estados Unidos (6) se anotan 148 casos fatales de amibiasis, cuya causa de muerte primera fue la perforación intestinal.

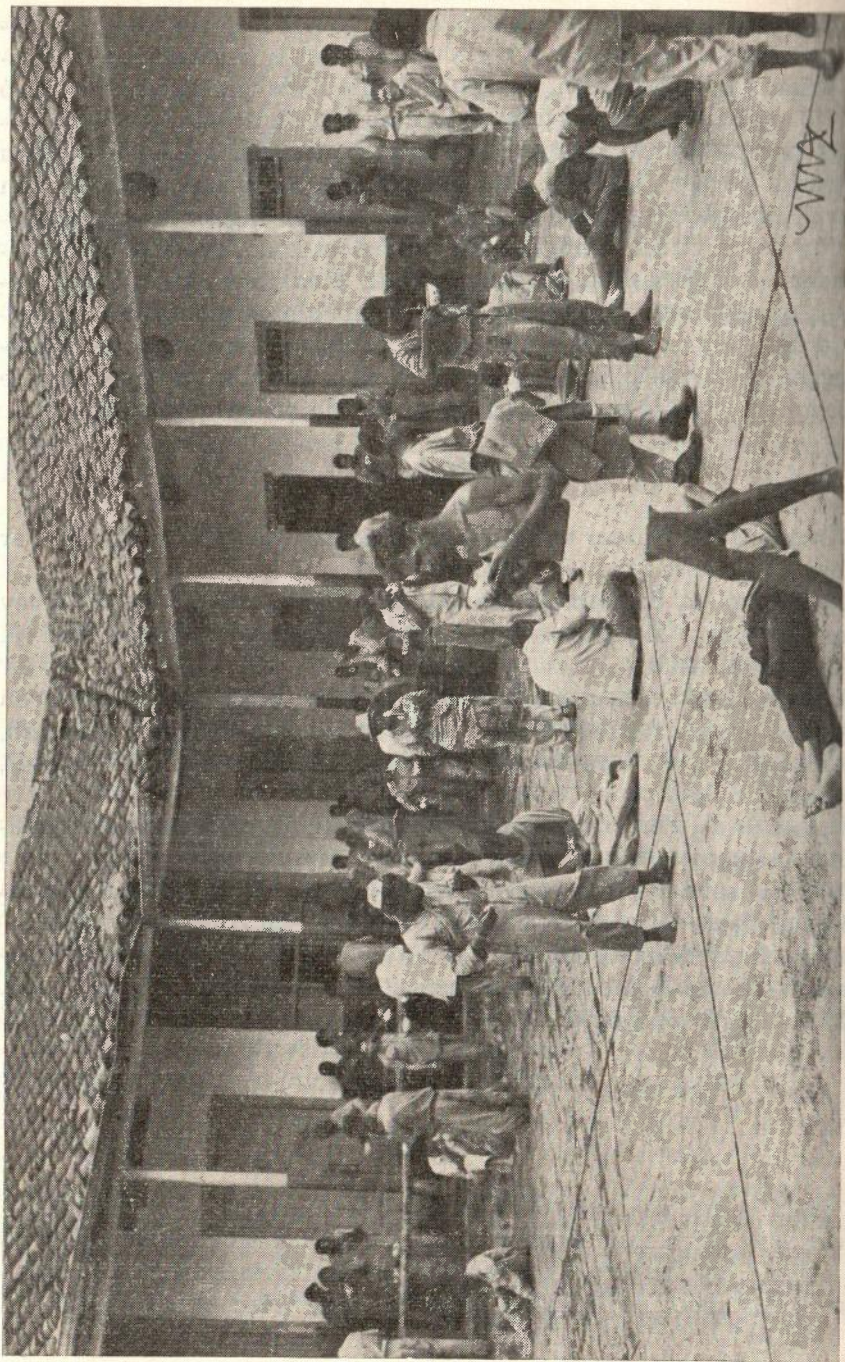
### RESUMEN

Se hizo una encuesta sobre parasitosis intestinal en el Hospital Mental de Antioquia, examinando las materias fecales por los métodos directo y de concentración de Faust que fueron verificados en el Laboratorio de Parasitología de la Facultad de Medicina y exá-

menes directos que fueron verificados en el Laboratorio Departamental y por las señoritas técnicas que voluntariamente concurren al Hospital mental. Se encontró que el porcentaje de parasitosis se elevó a 98.7% y que los más frecuentes eran el tener entre dos y cuatro parásitos por paciente. Los protozoos intestinales y la amiba histolítica mostraron porcentajes más altos que los encontrados en la población general, posiblemente debido a las condiciones higiénicas de la edificación y las circunstancias epidemiológicas que favorecen su diseminación. Los parásitos en general eran bien tolerados por los pacientes pues solo un cuatro por ciento tenía sintomatología en el momento del examen. De 92 autopsias realizadas se encontró que 14 presentaban amibiasis y que en cuatro de ellas la causa desencadenante de la muerte fue la perforación intestinal de orden amibiano.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1.—**Ritchie S. L., Hunter G. W.** et al. Parasitological studies in the Far East. *Japanese Med. J.* 4: 113-124. 1951.
- 2.—**Broke M. M., Swartzwelder C.** et al. Intestinal parasite survey of Korean prisoners of war camp. *U. S. Armed Forces Med. J.* 7: 708-714. 1956.
- 3.—**Botero David.** Encuesta sobre parasitosis intestinal realizada en pacientes adultos del Hospital de San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia, S. A. *Instantáneas Médicas Colombianas* N° 30 pág. 47, Nov. Dic. 1957.
- 4.—**Faust E. C.** Parasitologic survey in Cali, Departamento del Valle, Colombia. *Am. J. Trop. Med. and Hyg.* 7: 4-15, 1958.
- 5.—**Botero Jesús.** Peritonitis por perforación de colitis ulcerativa amibiana. Tesis de grado Fac. de Medicina U. de Antioquia 1955.
- 6.—**Kean B. H. Gilmore H. R.** et al. Fatal amebiasis: report of 148 cases from the Armed Forces Institutes of Pathology. *Ann. of Int. Med.* 44: 831-843, 1956.



Patio de San José del viejo Hospital Mental.

# RESUMEN DEL SEGUNDO CONGRESO INTERNACIONAL DE PSIQUIATRIA

Dr. Pablo Pérez Upegui

## Consideraciones Generales

Este Congreso fue de gran importancia ya que no había habido una reunión de este tipo desde 1950, cuando tuvo lugar el primero en París.

Asistieron unos 2.500 delegados de prácticamente todo el mundo. Los Rusos habían sido también invitados y a última hora se les canceló la invitación debido a los acontecimientos políticos, hecho que fue generalmente lamentado, ya que en la opinión de todos la ciencia no debe mezclarse con la política.

Los países latinos estuvieron también representados aunque con escasa asistencia a excepción de España, Portugal, Argentina, Brasil, Perú, Cuba, Méjico, Venezuela y Chile. Colombia estaba también invitada pero el único trabajo oficial, que debía ser presentado por el Dr. Julio Asuad, sobre Santo Tomás de Aquino no fue leído por inconvenientes del autor.

Debido a la magnitud del Congreso y a lo complejo del tema: "Las esquizofrenias", fue imposible captar el sentido general y sacar conclusiones más o menos universales. Hay que darse cuenta de que había más de 400 contribuciones originales y muchas otras no incluidas en el programa; 20 sesiones plenarias; 40 secciones y 30 simposios. Además, numerosas exposiciones científicas, películas, visitas a Hospitales, Clínicas, etc., etc.

Debido a ello hubo defectos de organización como el de haber muchas sesiones interesantísimas llevadas a cabo al mismo tiempo, con el consiguiente perjuicio ya que había que perder algunas de ellas. Por otra parte, se notó la repetición monótona de muchos trabajos, cuyas conclusiones eran prácticamente las mismas, especialmente cuando se hablaba de atarácicos y que hubieran sido de más valor si se hubieran presentado en forma de resumen.

Otra dificultad, quizá la mayor del Congreso, fue lo defectuoso de las traducciones. Las lenguas oficiales eran: Alemán, Inglés, Francés, Español e Italiano y se consiguió un equipo técnico para que cada congresista tuviera la oportunidad de oír todo trabajo traducido a su propio idioma. Pero los traductores que se consiguieron no eran expertos en ciencias médicas y por consiguiente cuando se estaba

traduciendo de un idioma bien difícil, como por ejemplo del alemán al español, el resultado era en la mayor parte de las veces, una mezcla confusa de términos sin hilación.

Todo esto no obstante, El Congreso tuvo grandísimos méritos y a pesar de que todavía no se ha llegado a conclusiones generales, ni se han publicado los trabajos definitivos, los puntos de vista expuestos, las discusiones científicas, las ideas nuevas y sobre todo, la gran oportunidad de encontrar y conocer gente de todas partes y en plan de amistad cambiar impresiones, justificaría este grandioso certamen.

Dos aspectos que nos interesaban especialmente eran el de la nomenclatura psiquiátrica y el de la creación de Sociedades Latinoamericanas de Psiquiatría. El primero, fue una total desilusión ya que no hubo ni asomos de un acuerdo. El segundo, fue más fructífero ya que se crearon comisiones para revivir la Sociedad Latinoamericana de Psiquiatría que funcionaría en asocio estrecho y cordial con la Sociedad Luso Hispana de Psiquiatría. Quedaron comisionados los delegados de Cuba, México y el Perú por latinoamérica y el de España (Dr. Sarró) por la Península Ibérica; el suscrito fue delegado forzoso (no estaba sino yo) de Colombia y quedó comprometido, en primer lugar, a llegar a un acuerdo en Colombia sobre nuestra Sociedad y luego, escribir al Dr. Bustamante de Cuba, para subsiguientes adelantos.

A continuación, paso brevemente a detallar algunos de los temas de mayor interés en el Congreso, aunque forzosamente debo dejar por fuera muchos por lo numeroso de ellos.

## ETIOPATOGENIA

a) **Organicista V. Buscaino** - Italia. Es bien conocida su teoría de que la esquizofrenia se debe a una intoxicación indólica. Dice que hay estrecha relación entre los fenómenos producidos por la administración de sustancias amínicas con núcleo indólico, como la mescalina, el ácido lisérgico, la serotonina, etc. y la sintomatología esquizofrénica. El dice que esta clase de enfermos presentan una intoxicación intestinal producida por el bacilo Coli, que va a repercutir en la producción de indoles. Otros autores italianos, como Mastrogiovani y Scarlato dieron la teoría del origen viral de la esquizofrenia, en lo que se acercan a los Rusos.

**J. Dalma** - Argentina Presentó un excelente resumen de aspecto orgánico de la esquizofrenia. Dice que esta enfermedad presenta un factor hereditario recesivo y que es de la familia de la Oligofre-

nia fenilpirúvica. Agrega, que hay áreas encefálicas sensibles a las aminas y así se explica la acción esquizógena de diversas sustancias.

**Gozano y Beda** - Italia. Estos señores dicen que la esquizofrenia es una enfermedad orgánica con sintomatología psíquica y que sería la única manera de entender su patogenia.

**H. Hoff** - Viena. Hace una exposición bastante coherente de la posibilidad multifacética de la enfermedad aunque siempre sustenta el punto de vista de la etiología orgánica estructural. Para él, el encadenamiento etiodinámico es el siguiente: participación hereditaria — deterioro encimático — desarrollo anómalo de la personalidad — situación precipitante — trastorno cerebral (Iso y Allocortex, asociaciones corticotalámicas).

**K. Kleist** - Frankfurt. Insiste este autor en su concepción de localización estructuropatológicas de diversas áreas encefálicas como lesiones características de la esquizofrenia. Según el área lesionada así sería también la reacción típica formando diferentes cuadros sindrómicos que coinciden con las diversas variedades de esquizofrenias clásicamente descritas. Así por ejemplo según él, en la catatonía habría lesiones del lóbulo frontal, tronco cerebral y en la hebefrenia, las lesiones estarían localizadas en el diencéfalo.

**R. Heath** - U. S. A. Presentó este autor trabajos interesantes acerca de la posible etiología tóxica de la esquizofrenia. Dice haber descubierto en la sangre de los esquizofrénicos una proteína (tara-xeina) que según él, sería la responsable de la sintomatología típica. Ha llevado a cabo interesantes experimentos con voluntarios a los cuales inyecta dicha proteína y reproduce en ellos un cuadro muy semejante, si no igual, a la esquizofrenia. Al mismo tiempo y mediante procedimientos estereotáxicos de una técnica precisa y delicada, ha logrado electroencefalogramas de diversas áreas del diencéfalo con curvas específicas y características, según él, de la enfermedad.

b) — **Psicogenética.** — En este campo que siempre se ha considerado de importancia fundamental en la etiopatogenia de la esquizofrenia, especialmente desde el punto de vista psicodinámico, llamó la atención el que hubiera poquísimas contribuciones, la más llamativa tal vez la presentada por cuatro autores americanos de New Haven-Conecticut "Lidz, Flenck, Cornelison, Terry". Analizan ellos los rasgos anormales de los padres de quince esquizofrénicos. Encuentran que los más constantes son los siguientes: rigidez efectiva, mala organización del hogar, conflictos constantes entre los padres, a-

amenazas de separación, humillación de la esposa, lucha por los afectos de los niños.

c) — **Punto de vista Pluretiológico:**

**Arnold** - Austria. En un terreno herediobiológico (fermentativo) causas variadas reaccionan por mecanismos encimáticos en las células ganglionares estableciendo así el proceso esquizofrénico.

**H. Baruk** - Francia. No existe la demencia precoz porque no cumple los tres postulados de cuadro clínico, evolución y anatomía patológica. Sin embargo, el concepto moderno de esquizofrenia es distinto al de demencia precoz. Por otra parte, no se debe hablar de demencia precoz y dar este diagnóstico a los familiares, por los perjuicios que causa (pronósticos destructores). La esquizofrenia es un proceso psicopatológico de desintegración de la personalidad bajo causas diversas y múltiples.

**C. Jung** - Suiza. Lo típico de la esquizofrenia es: pérdida de la "compactidad" debridamiento de las ideas en relación con la formación de conceptos arcaicos (arquetipos) como la cuadratura del círculo (mandala) que se ha visto en ciertos fenómenos epilépticos experimentales y que darían paso para pensar en procesos encefaloanatómicos de localización del proceso simbólico esquizofrénico.

Por otra parte dice Jung, una lesión particularmente violenta provocaría la formación de una toxina que sería responsable de cierta sintomatología esquizofrénica.

**E. Kretschmer** - Tubingen. No habló de sus conocidas concepciones biotipológicas, sino que trajo a discusión lo que él llamó el punto de vista pluridimensional con el factor esquizoide-hereditario como base del proceso. No cree en una necesidad nosológica, sino en un concepto que agrupa muchos síndromes. Su hijo habló sobre las hebefrenias e insistió sobre la importancia del núcleo anormal en la pubertad.

**W. Malamud** - U. S. A. Dice que en América y especialmente en Boston están llevando a cabo proyectos, la mayoría bastante ambiciosos, y que tienen por fin el estudiar la esquizofrenia desde todo punto de vista. A este respecto trajo el ejemplo de Boston, en el que según él están trabajando hace 24 años y consideran la esquizofrenia desde 25 puntos de vista diferentes.

Muchos otros autores insistieron sobre este punto de vista multi-etiológico, pero hemos mencionado únicamente tal vez los más originales.

## ASPECTOS CLINICOS.

**O Diethelm** - New York. Presentó una contribución interesante en relación con la evolución del proceso esquizofrénico. En estudios realizados en la clínica psiquiátrica de la Universidad de Cornell, tuvieron oportunidad de estudiar un buen número de esquizofrénicos y se llegó a interesantes conclusiones. Por ejemplo se vio que tal vez lo más común era que se presentara un comienzo con pánico agudo —especialmente en la forma paranoide— para luego seguir diversos cursos. Unas veces el proceso desaparecía aparentemente, pero luego se manifestaba en la misma forma paranoide; otras veces se transformaba en un síndrome hebefrénico típico o en franco deterioro. Había otros casos también notables por la presencia de depresión.

Otro aspecto interesante de su exposición fue el de insistir sobre el hecho de que en mucha parte el deterioro esquizofrénico se debe al medio hospitalario.

**H. EY.** Bonneval y París. La característica de la esquizofrenia es el delirio crónico “manera delirante de no-estar-más-en-el-mundo” equivalente a los conceptos de Vesania, autismo, regresión, etc.

Las diversas formas clínicas clásicas esquizofrénicas son en realidad fases de un mismo proceso evolutivo fundamental. Hay que diferenciar la esquizofrenia de las formas esquizofreniformes y de la psicosis aguda. Para él no existe la esquizofrenia aguda, “concepto absurdo”; la cronicidad es fundamental en la esquizofrenia. Admite causas múltiples y en muchos aspectos está de acuerdo con Bleuler y Jackson. El estado esquizofrénico es a la vez impotencia de vivir en el mundo y necesidad de crear un mundo especial.

Fueron interesantes los estudios llevados a cabo en diferentes latitudes tratando de armonizar los procesos primarios y secundarios de la esquizofrenia en relación con diferentes culturas. Forster en Ghanna - Lambo en Nigeria - Mars en Haití y Ratanokor en Tailandia; encontraron que el proceso esquizofrénico fundamental es igual en todas las culturas, pero que los síntomas secundarios cambian notablemente de acuerdo con la cultura local.

**L. Binswager** - Suiza; **E. Minkowsky** - Francia. Presentaron cada uno desde su punto de vista el concepto existencial de la esquizofrenia en el cual se prescinde casi totalmente de las descripciones clínicas usuales, para adentrarse y analizar el significado del fenómeno patológico en sí mismo, todo considerado bajo el aspecto filosófico vital.



## ASPECTOS CLINICOS.

**O Diethelm** - New York. Presentó una contribución interesante en relación con la evolución del proceso esquizofrénico. En estudios realizados en la clínica psiquiátrica de la Universidad de Cornell, tuvieron oportunidad de estudiar un buen número de esquizofrénicos y se llegó a interesantes conclusiones. Por ejemplo se vio que tal vez lo más común era que se presentara un comienzo con pánico agudo —especialmente en la forma paranoide— para luego seguir diversos cursos. Unas veces el proceso desaparecía aparentemente, pero luego se manifestaba en la misma forma paranoide; otras veces se transformaba en un síndrome hebefrénico típico o en franco deterioro. Había otros casos también notables por la presencia de depresión.

Otro aspecto interesante de su exposición fue el de insistir sobre el hecho de que en mucha parte el deterioro esquizofrénico se debe al medio hospitalario.

**H. EY.** Bonneval y París. La característica de la esquizofrenia es el delirio crónico “manera delirante de no-estar-más-en-el-mundo” equivalente a los conceptos de Vesania, autismo, regresión, etc.

Las diversas formas clínicas clásicas esquizofrénicas son en realidad fases de un mismo proceso evolutivo fundamental. Hay que diferenciar la esquizofrenia de las formas esquizofreniformes y de la psicosis aguda. Para él no existe la esquizofrenia aguda, “concepto absurdo”; la cronicidad es fundamental en la esquizofrenia. Admite causas múltiples y en muchos aspectos está de acuerdo con Bleuler y Jackson. El estado esquizofrénico es a la vez impotencia de vivir en el mundo y necesidad de crear un mundo especial.

Fueron interesantes los estudios llevados a cabo en diferentes latitudes tratando de armonizar los procesos primarios y secundarios de la esquizofrenia en relación con diferentes culturas. Forster en Ghanna - Lambo en Nigeria - Mars en Haití y Ratanokor en Tailandia; encontraron que el proceso esquizofrénico fundamental es igual en todas las culturas, pero que los síntomas secundarios cambian notablemente de acuerdo con la cultura local.

**L. Binswager** - Suiza; **E. Minkowsky** - Francia. Presentaron cada uno desde su punto de vista el concepto existencial de la esquizofrenia en el cual se prescinde casi totalmente de las descripciones clínicas usuales, para adentrarse y analizar el significado del fenómeno patológico en sí mismo, todo considerado bajo el aspecto filosófico vital.

Los hispano latinos se manifestaron también en este campo mencionando, aunque a la ligera, las contribuciones notables de los españoles López Ibor, Sarró y Vallejo Nágera y el peruano H. Delgado; el primero afirma que la alteración fundamental primaria de la esquizofrenia es la anomalía del acto intensivo (poiesis) y que explica el trastorno del yo en el mundo y su disociación interior; el segundo defiende la teoría pluralista de la esquizofrenia; el tercero, describe diversas formas de la esquizofrenia, de la parafrenia y lo que él llamó paranoia procesal.

**K. Schneider** - Heidelberg. Insiste este autor en su concepción de la esquizofrenia con síntomas primarios y secundarios de los cuales aquellos están siempre presentes, no cambian en su esencia, ni son modificados por los segundos.

**K. Menninger** - U. S. A. Su mayor énfasis fue la teoría de la enfermedad mental única, que ya habían expuesto antes Georget, Zeler y Arndt entre otros. Todas las enfermedades mentales son matices o formas de un mismo proceso psicopatológico. Al rededor de éstos están trabajando con gran intensidad en Topeka y próximamente publicarán los resultados.

#### ESQUIZOFRENIA INFANTIL.

Tal vez lo más importante fue lo traído por las escuelas Alemana y Americana: la primera representada por Stutte, quien se preocupó especialmente por el aspecto pronóstico; afirmando que el proceso es más favorable cuanto más temprano y en cambio en los adolescentes, especialmente aquellos que empiezan con autismo, el desenlace no es tan bueno.

En cuanto a la escuela americana, cuya figura más sobresaliente ha sido Leo Kanner de Baltimore, denomina esta enfermedad "autismo infantil-precoz" e insiste en la gran importancia que tiene el ambiente como factor etiológico. Le quita el énfasis a los factores hereditarios y dice que las personalidades de los padres es lo fundamental. El encuentra que dichos padres son muy comunmente fríos efectivamente, aparte del mundo real, obsesivos, muy frecuentemente con profesiones como filosofía, matemáticas u otras en donde la abstracción es característica básica.

#### LABORATORIO.

a) E. E. E. El trabajo más documentado fue presentado por el polaco A. Jus. No encontró este autor ninguna correlación específica

entre el E. E. G. y la esquizofrenia afirmando que la gráfica ha de considerarse según cada caso; en el autismo por ejemplo habría un aplanamiento de las ondas alfa.

b) Bioquímica. D. Richter - Inglaterra. De este conocido autor se esperaban nuevos datos, pero lo que presentó fue una confirmación de lo ya conocido. Tal vez lo más notable fueron sus estudios en relación con el trastorno del control homeostático circulatorio hipotálamico.

## TRATAMIENTOS

Como siempre hubo la dicotomía de puntos de vista en relación al tratamiento de la esquizofrenia, es decir el punto de vista psicoterapéutico y el somático. El primero tuvo sinembargo pocos representantes comparado con el segundo. Entre ellos son conocidos ya los métodos de Fromm-Reichman y Rosen, quienes todavía afirman las excelencias de cada uno, pero que en general han sido tomados con bastante reserva. En cuanto a los segundos y como dijimos en la introducción, constituyeron la parte más novedosa del Congreso, ya que en su mayoría traían a exponer los resultados de las últimas drogas, que se puede decir han constituido una verdadera revolución en la terapéutica psiquiátrica. Hubo informes de prácticamente todo el mundo y todos coincidían en afirmar que las nuevas drogas: Ataraxicos, Neurolépticos, psicoplégicos, etc. estaban dando resultados verdaderamente espectaculares, no solo en la esquizofrenia sino en muchas otras enfermedades psíquicas. Es cierto que se presentaron algunas informaciones preliminares sobre muchas nuevas drogas, pero el sentir general fue que la clorpomacina y la reserpina constituían las dos armas más valiosas, quizás por lo mejor conocidas y comprobadas, con que se contaba.

En cuanto a la metodología y aplicación de estas drogas hubo también numerosas variaciones, pero en el fondo la acción predominante siempre era la de estas dos drogas. No se llegó a ningún acuerdo, sinembargo, en cuanto a la denominación definitiva que debía dárseles. Muchos autores llegaron a pensar que con el tiempo los tratamientos tradicionales somáticos —insulina, electrochoques, labotomía— llegarían a abolirse por completo ya que los resultados eran iguales, sino mejores, con las drogas nuevas. Uno de los trabajos más completo y más documentado fue presentado por P. Deniker en el Simposio general sobre ataraxicos. En él participaron muchos dele-

gados, pero puede decirse que los que más intervinieron fueron los delegados de Francia, Estados Unidos y Suiza.

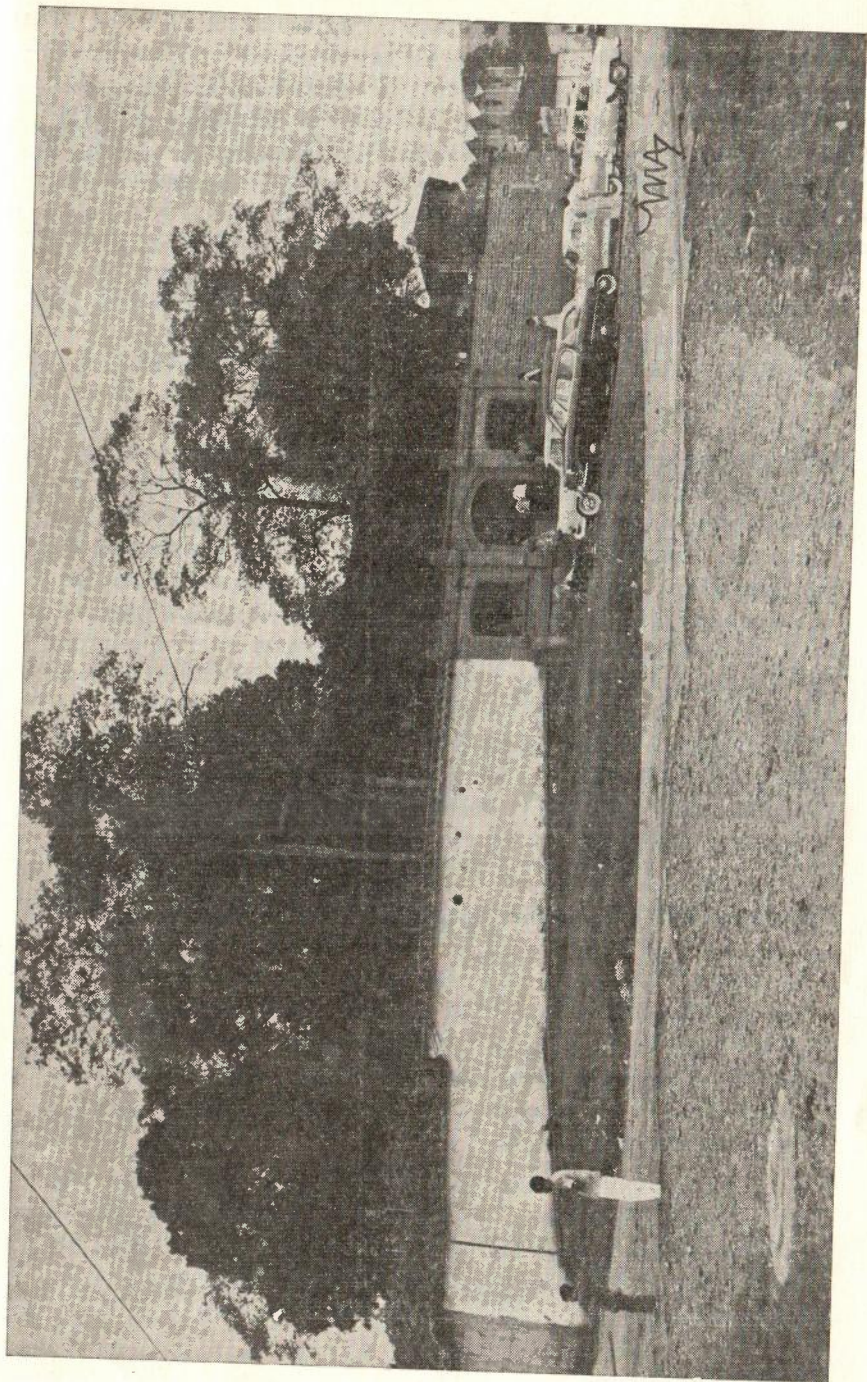
Otras terapias somáticas también fueron presentadas especialmente con modificaciones para mejorar los resultados. Entre ellas hay que recordar la insulino-terapia —cortisona— que según J. Brawne de S'ingapore impide las complicaciones agudas por déficit suprarrenal. También hubo trabajos sobre el tratamiento de la esquizofrenia con tiroides, con las nuevas sulfas hipoglicemiantes, aunque los resultados no son muy claros y en todo caso, debe esperarse un tiempo prudencial para formarse una idea definitiva.

Las escuelas lobotomistas estuvieron representadas principalmente por Polonio de Portugal y J. Tooth de Inglaterra; el primero más que todo se limitó a puntualizar mejor los efectos de la lobotomía y a insistir sobre la necesidad de seleccionar muy cuidadosamente los casos en que sea indicada esta intervención. En cuanto al segundo, presentó una impresionante estadística de 12.000 casos que están siendo estudiados cuidadosamente, tanto dentro como fuera del Hospital, mediante cuestionarios detalladísimos y estrictamente controlados. Hasta ahora sin embargo sin resultados definitivos, la impresión general es de que el procedimiento no parece dar resultados halagadores.

Por otra parte los ingleses y especialmente N. Castairs y R. Freunderberger, hablaron sobre la necesidad de la readaptación social del esquizofrénico insistiendo en el punto de vista de que sólo terapia, por buena que sea, no es suficiente si no se complementa con otras y especialmente con laborterapia especializada, psicoterapia y manipulación del ambiente social y familiar del enfermo. En esto coincidió también E. Krapft de Ginebra.

Otros autores también insistieron en la conveniencia y urgencia de activar al esquizofrénico y darle de baja lo más pronto posible pues aseguran ellos, que el confinamiento y la monotonía de la vida hospitalaria son responsables en muchas partes, de la cronicidad de esta clase de enfermedades. En esto coinciden con los autores americanos Philips y Belle, quienes dicen que un 30% de estos enfermos crónicos lo son así por el medio.





Fachada del viejo Hospital Mental.

SERVICIO CIENTIFICO  
ROCHE

ROBIE, T. R.  
Eastern Psychiatric Research  
Association  
East Orange, EE. UU.

*Psiquiatría* - Resultados obtenidos con Marsilid en 50 enfermos con diversas psicosis. Posibilidades de sustituir el electrochoque con la iproniazida.

## EL MARSILID Y LA TERAPEUTICA CON ELECTROCHOQUE

*Comunicación presentada en el "Simposio sobre Marsilid",  
29-30 noviembre 1957, Nueva York.*

El autor trata de establecer en qué medida se puede sacar partido del efecto psico-estimulante del Marsilid en las indicaciones habituales del electrochoque. Sus ensayos comprenden 65 enfermos (en tratamiento ambulatorio): 19 de psicosis maniaco-depresiva, 8 con melancolía de involución, 14 con depresión de etiología diversa; 7 neurosis de obsesión, 11 esquizofrénicos y 6 de otras psicosis. Diez de estos enfermos interrumpieron el tratamiento en el curso de la primera semana, y 2 no volvieron. En 3 enfermos los resultados no son todavía conocidos. En cuanto a los otros enfermos, la valoración del tratamiento se basó en los siguientes puntos: estado emocional, capacidad de expresión y de comprensión, tensión arterial, aumento de peso y posibilidades de interrumpir el electrochoque.

Mejoraron los 50 casos que completaron el tratamiento: 4 ligeramente, 19 en forma apreciable (remisión parcial) y 27 en forma muy neta (remisión total). "Después de los buenos resultados" — hace constar Robie — "que la administración oral de Marsilid ha permitido obtener en 46 enfermos sobre 50, unido al hecho de que en todos los enfermos se ha podido aplazar el electrochoque, hay que concluir que esta terapéutica constituye un progreso real en el tratamiento de los enfermos mentales graves".

La posología inicial es individual. Las dosis utilizadas variaron entre 10 y 50 mg. de Marsilid, 3 veces por día. En los casos que presentaban síntomas maniacos, la dosis inicial fue de 3 veces al día. Es importante mantener una posología tan baja como sea posible para evitar complicaciones.

\* Marca de fábrica.

Después de hacer un ensayo por algunos días o una semana con la dosis de 50 mg 3 veces al día (controlando a todos los enfermos dos veces por semana, al principio del tratamiento) se estableció la dosis útil para los 7 ó 14 días siguientes. Después de aparecer la mejoría se disminuyó la dosis; a la 3ª o 4ª semana pudo reducirse la posología a 75 mg por día, y al cabo de 2 ó 3 meses se fijó en 40, 30 ó 20 mg. La administración prolongada de dosis muy fuertes puede dar lugar a la aparición de un acceso de manía.

Los efectos secundarios observados fueron: aumento rápido del peso, elevación de la tensión arterial en los enfermos orto o hipotónicos, sobre todo en aquellos en los que el aumento ponderal fue rápido; edema maleolar que, por otra parte, se reabsorbió en algunos días, después de reducir la dosis o administrar diuréticos, y no reapareció si se tuvo el cuidado de mantener una posología baja. Se han observado casos de impotencia. El autor estima que la rapidez con que se establece una hiperreflexia es una indicación del estado de alteración del sistema nervioso.

Si no hay peligro de un suicidio inminente, Robie aconseja ensayar un tratamiento con Marsilid "Roche" por cuatro semanas, con el fin de evitar, si es posible, el electrochoque. Por el contrario, si se teme un suicidio, será prudente aplicar la convulsivoterapia durante las dos primeras semanas del tratamiento con el Marsilid, puesto que este último tarda 3 ó 4 semanas en desarrollar plenamente sus efectos.

El tratamiento con el Marsilid deberá ser completado, en los depresivos o esquizofrénicos, con la psicoterapia.

## ACTIVIDADES DE LA ACADEMIA

---

### RESOLUCION (FENOMENO MEDINA)

“La Academia de Medicina de Medellín conocido el informe del Tribunal de la Tesis de Grado los jóvenes **Luis Botero Restrepo** y **Mario Giraldo**, se complace en felicitar a su distinguido Miembro de Número el Dr. EDMUNDO MEDINA MEJIA, por el aporte que sus observaciones han dado a la Campaña de la Vacunación Antituberculosa; y se manifiesta de acuerdo con lo expresado en aquel informe, de dar al fenómeno de la Anergia que ocasionan algunas vacunaciones previas al BCG el nombre de “FENOMENO MEDINA” en su honor y por haber sido el primero que lo anotó según se desprende de la encuesta hecha por los autores de la tesis con los asistentes al XI Congreso Panamericano de la Tuberculosis reunido en esta ciudad el año próximo pasado. Dada la importancia de ese informe la Academia ordena sea publicado en la revista “Antioquia Médica” y enviar sendas copias a las demás Academias Médicas del país y a las Sociedades de Tisiología y pediatría de la República, así como a los autores del trabajo”.

---

### DISCURSO PRONUNCIADO POR EL DR. JORGE CAMACHO GAMBA CON MOTIVO DEL ANIVESARIO DE LA FUNDACION DE LA ACADEMIA

Señor Presidente de la Academia de Medicina de Medellín;  
Señor Profesor Luis Germán Arbeláez;  
Señor Decano de la Facultad de Medicina;  
Señores Académicos:

Os doy las gracias por el inmenso honor que me habéis hecho de permitirme llegar a esta cátedra que tantos han servido honrándola y enalteciéndola.

No tengo como agradeceros este favor que me habéis dispensado y que constituye el más alto galardón de mi vida a mis modestísimas capacidades. Pero, como también sé que, además de generosos, sois bondadosos, os ruego que me acompañéis en esta disertación que pre-



tendo hacer al acercarme a esta magna tribuna del pensamiento colombiano y me guiéis con vuestro sereno pensamiento.

Permitidme que antes os de las gracias, Profesor Arbeláez, por vuestras magníficas frases de presentación y que, os confieso, no merezco.

## **EN UN ANIVERSARIO MAS DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN**

La honorable Academia de Medicina de Medellín acostumbra dedicar cada año una de sus sesiones a celebrar el fausto acontecimiento de su fundación en explícito reconocimiento de la trascendencia que este acto sencillo y solemne a la vez tuvo y ha tenido en el desarrollo de los estudios médicos en esta región del país y cuya influencia trasciende todos los días a las distintas comarcas de la República, como quiera que a ella llegan sus heraldos, los graduados de la Universidad de Antioquia y la fama de sus instituciones.

### **EL VALOR DE LA HISTORIA MEDICA**

Es laudable esta iniciativa; y esta práctica debiera ser imitada por todas las sociedades científicas porque se propicia en ella la oportunidad de volver la mente sobre el pasado, como en un acto de ejercicio espiritual, y de remover también el polvo a los anaqueles que ocultan muchas veces verdades y hechos que no deben dejarse al olvido y que sirven para tejer la ya enmarañada red de la historia médica y dan explicaciones, a ansiadas preguntas, sobre hechos que nos parecen impenetrables al somero análisis del momento; su rememoración tiene el mérito de dejar en claro la visión global de la evolución del progreso de la medicina.

Y, la ciencia médica progresa tanto, se elevan sus concepciones a espacios antes inexcrutables, que semejan el curso de una cometa conducida por vientos propicios con vertiginosos ascensos y, en veces, repetidas caídas, cuando su rumbo deja de ser sostenido por las fluídas corrientes del aire; pero, en todos estos movimientos, una y otra, las vemos brillar siempre por sus verdades o por el colorido del vistoso papel que cubre su sereno y enjuto armazón.

Pero, ay de esta cometa vagarosa de la investigación científica si en su ascenso y evolución desconcertante rompe el hilo que la mantiene asida a la tierra, a la realidad de los hechos, al mismo punto en donde se originó su ascenso, pues se perdería en el espacio, iría a des-

cribir entonces órbitas erráticas e inútiles para nosotros. Este hilo delgado, pero firme, hay que mantenerlo para vincular más estrechamente el desenvolvimiento de la medicina con sus puntos de partida, para explicar su ascenso y la elipse de su trayectoria, también para visualizar sus triunfos. Este hilo es la historia de la evolución de los hechos médicos que no podemos romper, antes debemos recordar porque en su reencuentro hallamos muchas veces nuevas razones para enderezar el curso equivocado de nuestras investigaciones. Se puede progresar hasta cierto límite por un hallazgo ocasional, pero no se puede perfeccionar este sin voltear las hojas del pasado y escudriñar en ellas escritos y hechos, concepciones de los que nos han precedido. Es esta la espléndida oportunidad que nos depara la Academia de Medicina de Medellín y es esta la invitación que he recibido de los colegas para que en un rato de meditación como en los ejercicios espirituales, volvamos al pasado para luego continuar más seguros nuestra marcha hacia adelante.

La evolución del progreso de la Medicina está llena de estos hechos y estas verdades; cuántos descubrimientos no han sido sino corroboración a teorías o hechos registrados en el pasado pero caídos en olvido? Estos minutos dedicados a la meditación del pasado médico antioqueño tienen plena justificación por esta sabia norma de progreso. No es simplemente por el prurito de rendir culto a los muertos, por el hecho de estar ya inmóviles esos espíritus o por pertenecer a una época pretérita, perdonándoles todos sus desafueros o errores; poca justificación tendría este propósito; su valor reside en volver la mirada hacia atrás, analizar los hechos y los hombres poseídos de un nuevo criterio de apreciación de las cosas y con el fin de que nos sigamos aprovechando de su ejemplo que muchas veces vale la pena de tener siempre presente.

Pero si está justificada tan excelente evocación, no es claro el motivo de mi presencia para hacerlo. Muy ilustres miembros tiene la honorable y distinguida Academia de Medicina de Medellín, quienes están usufructuando actualmente un positivo avance en su organización docente, ejemplar en la República y de una elevada práctica profesional, los que, con luz, brillo y reciedumbre en el pensar, y método y claridad en su exposición, podrían llenar este encargo con la dignidad de que este augusto recinto y el brillante cuerpo médico antioqueño lo requiere. Por ello no vacilé en creer que mi designación debería ser reconsiderada y, al no obtenerlo, me encuentro entonces en este momento entre amigos y colegas en solicitud de benevolencia para mi persona y por lo que intente decirlos sin lograrlo.

Veo también que mi designación envuelve de parte de los colegas antioqueños una demostración de hermandad y de compañerismo para el cuerpo médico colombiano, y, siéndolo así, debería venir a retribuir ese abrazo ya que pocos me aventajan en la estimación a sus personas y a las obras médicas que con tanto empeño están desarrollando. Entonces y solo ahora hallo justificación a mi presencia dentro de vosotros.

### LA FUNDACION DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

Y, qué bella oportunidad la que me han ofrecido para visualizar desde la cumbre de los 71 años de la existencia de la Academia de Medicina de Medellín este hilo de la historia y seguir su trayectoria evolucionando en este lapso con hechos y esfuerzos ya reconocidos por esta misma Academia de Medicina; me han invitado aquí para llevar adelante esta observación y realmente me he sorprendido al encontrar en sus numerosos documentos científicos, desde el acta de su fundación hasta en las disposiciones de la nueva estructura que le han sabido dar sus directivas, hechos que os deben enorgullecer.

Hace precisamente 71 años, en un día como éste del mes de julio, se reunieron 26 médicos, la casi totalidad de los que ejercían en ese entonces en la ciudad, para fundar una sociedad científica, auspiciada la idea por el muy ilustre mecenas y varón de Envigado, general y doctor Marceliano Vélez, a la sazón gobernador de este Departamento, quien cedió el local para las reuniones científicas y puso a las órdenes del cuerpo médico la imprenta departamental. Con mucha razón la Academia de Medicina se encargó de celebrar el centenario del natalicio de este eximio hombre público de Antioquia.

Vale la pena que leamos de nuevo el informe del primer año de labores, rendido por el Dr. Ramón Arango en 1888, en su calidad de Secretario, que dice así:

“El día siete de julio de mil ochocientos ochenta y siete, a la una de la tarde y en el salón de sesiones, de la Asamblea Departamental, se reunieron los señores doctores Federico A. Peña, Tomás Bernal, Juan de D. Uribe, José I. Quevedo, Julio Restrepo A., Pedro D. Estrada, Rafael Pérez, Ricardo Rodríguez, José M<sup>o</sup> Hernández, Ricardo Restrepo, Eduardo Zuleta, Francisco A. Uribe, Manuel Uribe A., Francisco Molina, Joaquín Escobar, Enrique Villa, Joaquín Castilla, Andrés Posada Arango, Manuel V. de la Roche, Tomás Quevedo, Juan Clímaco Alvarez Francisco A. Arango y Ramón A-

rango a virtud de invitación que con tal objeto habían hecho los señores Dr. Manuel Uribe Angel y José I. Quevedo a nombre de su señoría el Gobernador del Departamento, Dr. Marceliano Vélez.

El señor Dr. Manuel Uribe A. tomó la palabra para manifestar que hacía algunos días había recibido de Su Señoría el Gobernador, una nota dirigida a los señores Dr. Manuel Uribe A., Manuel V. de la Roche, José I. Quevedo, Ramón Arango, Andrés Posada Arango y Tomás Quevedo, en que los excita para que procedan a organizar en sociedad permanente el Cuerpo Médico de la ciudad. Manifestó el Dr. Uribe A. que aunque la nota iba dirigida a unos pocos, era intención de aquel Magistrado el que comprendiese todos los médicos residentes en la capital del Departamento, y que sólo por abreviar se había omitido la lista completa.

Pidió en seguida el Dr. Uribe A. al infrascrito que diese lectura a la nota de S. S. el Gobernador, y que así se hizo.

En esta nota, cuyo original se agrega al acta, tributa S. S. homenaje de justicia y gratitud al distinguido Cuerpo Médico de la ciudad por sus luces, desinterés, abnegación y filantropía, y lo excita para que se organice formalmente en sociedad científica, acordando para ello las determinaciones que estime convenientes. Se promete felices resultados de la asociación y ofrece cooperar dentro de la esfera de sus facultades legales, a su organización y progreso, pone a disposición de la Junta el salón de la Asamblea Departamental, y anuncia que hará imprimir gratis el periódico en que aquella consigne sus trabajos”.

(Hasta aquí el Dr. Arango).

### EL DR. POSADA ARANGO

Figura, entre los seis promotores de esta fundación, quienes fueron elegidos para integrar su Junta Directiva, uno de ellos cuya personalidad me sedujo cuando hace pocos años tropecé con ella al indagar por las primeras descripciones que se hubieran hecho en nuestro país sobre la entidad llamada Anemia Tropical y, encontrando algo que me ha parecido debe revaluarse por coincidir en su esencia con el concepto que de esta afección he tenido últimamente, despertó en mí un profundo aprecio y admiración.

Se trata del Dr. Andrés Posada Arango, ilustre profesional y sa-

bio antioqueño que nació en Medellín el 11 de febrero de 1839 y murió aquí mismo, 84 años después, el 13 de marzo de 1923, describiendo una estela luminosa su preclara existencia, por su personalidad y mente, por su vocación para servir y ser útil a sus semejantes y al país, por su interés en la docencia y en instruir, por su estudio, dedicación y atenta observación de la naturaleza; médico, botánico y zoológico, insigne por sus escritos y por su ejercicio profesional sin mancha, a quien le ha valido que el profesor Emilio Robledo haya hecho de él el siguiente resumen histórico:

“Andrés Posada Arango, nació en Medellín el 11 de febrero de 1839. Hizo sus estudios primarios en la escuela urbana y en 1854 entró al Colegio de la Unión. Ahí recibió lecciones de Medicina de los doctores Ricardo Escobar Ramos y José María Buendía, médico bogotano este último que ejerció entre nosotros por corto tiempo, más tarde fue alumno de nuestra Universidad. Pero como los estudios oficiales se interrumpían frecuentemente por las revoluciones, continuó estudiando solo, bajo la dirección del Dr. José Vicente de la Roche, quien siendo médico del Hospital y habiendo adivinado en Posada Arango excelentes aptitudes y gran consagración, le prestó todo género de cooperación, inclusive lo nombró su ayudante en el Hospital.

Fue disecando los huesos en el caballete de su casa y recorriendo los campos aledaños a Medellín como aprendió Anatomía, Botánica, Zoología y demás ciencias accesorias de la Medicina, hasta hacerse apto para aspirar a graduarse en 1859, como lo hizo en Bogotá, donde obtuvo la Licenciatura primero y el grado de doctor el 12 de noviembre de dicho año, mediante el sostenimiento de una Tesis sobre medicina legal que fue muy encomiada por el Dr. José Félix Merizalde. Como se graduó en vísperas de la guerra de 1860, fue nombrado médico militar y prestó sus servicios hasta que la revolución triunfó. Pasada la cual, trabajó algunos meses en Salamina y luego se estableció en Medellín definitivamente, donde gozó de excelente clientela.

En 1869 emprendió viaje a Europa y después de visitar varios países, se radicó en París donde se dedicó con gran tesón al estudio de la Medicina y las Ciencias Naturales. Hallándose en dicha ciudad, fue sorprendido por la

guerra franco-prusiana de 1870 y obligado a prolongar su permanencia en Francia, aprovechó la obligada prórroga estudiando y escribiendo artículos científicos que publicaron los periódicos médicos y de distinto género. Fue entonces cuando publicó su estudio sobre el **Veneno de rana de los Indios del Chocó. Viaje de América a Jerusalén. Ensayo etnológico sobre los aborígenes de Antioquia, etc.**, que le valieron ser nombrado miembro de varias Corporaciones Científicas y la amistad de sabios europeos. En 1872 regresó al país.

Establecido de nuevo en Medellín tuvo una gran clientela y como el Gobierno de Berrío había hecho de Antioquia un Departamento muy bien organizado y la Universidad se instaló en forma ejemplar, fue nombrado primer profesor de Ciencias Naturales y empezó sus enseñanzas que duraron más de 20 años. Cuando se instaló la Academia de Medicina de Medellín, fue nombrado su primer Secretario, en 1888 y para apreciar su colaboración basta recorrer las páginas de los **Anales de la Academia** en los primeros años, en los que además de las publicaciones que había hecho en París, publicó estudios sobre **El guaco, Los ofidios venenosos, La manera de recetar, Las eritrinas. El Chachafruto, etc.** Describió una especie nueva en la familia de las Cucurbitáceas llamada **Tarralí** por nuestro pueblo. Identificada dicha especie por el especialista belga Co-giaux, le dio el nombre técnico de **Posadaca Spherocarpa**. El estudio que hizo sobre nuestro **Tun-tun**, al cual identificó con la **Anemia Tropical** o Ankilostomiasis, resultó clásico como puede verse en la tesis de Martínez Santamaría, sobre la materia. Todas estas publicaciones y otras más originadas sobre serpientes, peces, insectos, etc., fueron recopiladas en un libro que vio la luz pública en 1909 con el nombre de **Estudios Científicos**.

Fue el Dr. Posada colaborador del **Diccionario Enciclopédico de las Ciencias Médicas** y cuando el Instituto Smithsonian de Washington solicitó de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá, la nómina de los 20 colombianos más notables en Ciencias, el Dr. Posada Arango fue elegido de los primeros.

Al revisar su correspondencia epistolar con sabios eu-

ropeos y estudiar su laboriosa vida, se comprende que fue muy bien ganado el título de sabio con que lo favoreció el público.

Por eso la Academia de Medicina y la Escuela de Medicina de la Universidad de Antioquia hicieron bien en honrar su memoria y erigirle un busto a la entrada del Edificio de la Escuela, ya que el Gobierno no ha dado cumplimiento a la ley que honra su memoria”.

(Hasta aquí el Profesor Robledo).

Procedía el Dr. Posada Arango de ilustre linaje; fue uno de los 7 hijos de don Joaquín Posada y doña Eulalia Arango. Fueron sus abuelos paternos don Miguel Posada y doña María Arango de Posada, quienes contrajeron matrimonio el 2 de diciembre de 1762. Sus bisabuelos paternos, don Mauricio Posada y doña María Antonia Rico; y sus tatarabuelos don Manuel Posada Junco y doña Catalina Gómez de Ureña de Posada, casados estos el 29 de agosto de 1720, poco tiempo después de que don Manuel llegara a tierras antioqueñas de la Provincia de Asturias, España. El Dr. Andrés Posada Arango casó con doña María de Jesús Callejas. Tuvo la pena de recibir la infausta noticia de la muerte de su primogénito en 1907, ocurrida en el Seminario de los Padres Jesuítas en Roma y a cuya memoria, en la publicación de sus estudios científicos en 1909, dedica dos páginas de amor y de ternura.

Una hermana del Dr. Andrés Posada Arango se casó con don Juan Pinzón Amaya de Vélez, constituyendo quizás el primer contacto que tuvo la familia Posada con gentes del otro lado del Magdalena, con mi provincia natal santandereana.

Como vimos en el relato de la sesión inaugural de la Academia de Medicina, por sus especiales condiciones de escritor y de erudito, fue el primer redactor de la Academia de Medicina, encargado de la publicación de sus Anales que constituyeron la primera revista médica surgida en Antioquia. En su magistral y primer editorial, en el que se exponen y puntualizan los fines de la Academia de Medicina, encontramos lo siguiente:

“Véase, por lo expuesto, que aunque la Academia se titula sólo de Medellín, por no poder ser miembros activos o titulares sino los residentes en esta ciudad, ella es en realidad departamental, es del Estado (según llamaba antes esta sección de la República), y como tal convida al trabajo, invita a que ingresen en ella, con el carácter de

correspondiente, a todos los médicos de Antioquia, a todos los profesores de su Provincia y Distrito. De todos ellos aguardamos apoyo y colaboración. Que cada cual recoja las observaciones importantes de su práctica, los casos curiosos de su clientela, y nos los transmita, que todo será bien venido.

Pero no solo los médicos son los que pueden coadyuvar a nuestra obra común; no, y ni siquiera se necesita para ello ilustración: con un poco del buen sentido y de amor al bien público, de patriotismo bien entendido, basta y sobra para ayudar eficazmente al fin que nos proponemos. Que todo el que observe alguna enfermedad que le parezca rara, en la especie humana o en los animales domésticos, la describa a su modo, con la claridad que le sea posible, y envíe su comunicación a nuestra Academia; que la acompañe, si le fuere dable, de piezas anatómicas; que si halla en ellos entozoarios o gusanos particulares, cálculos o concreciones de cualquiera especie, los remita igualmente; que haga lo mismo con los insectos útiles o dañinos, con las serpientes, con las plantas medicinales, venenosas, alimenticias o aún simplemente aplicables a la industria y que juzgue poco conocidas. Todo esto será recibido por nosotros con agradecimiento, conservado con esmero en nuestras colecciones, para que sirva en todo tiempo de objeto de consulta, estudiado y descrito con el nombre del remitente.

La Academia ha establecido para dar a conocer sus trabajos, este periódico, que saldrá una vez al mes. A pesar de su modo de aparición, se juzgó que podría dársele el nombre de **Anales**, porque al fin de cada año formará un volumen completo, con su índice respectivo.

Como se ve, el personal no es pequeño, y el campo que se ofrece a nuestras investigaciones es vasto, es delicado, es fecundo, Permitido, es pues, confiar en que la ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDÉLLIN, por más modesta que hoy sea, debido a su origen, a la manera como ha sido formada, por llamamiento general, vendrá a ser con el tiempo una Corporación respetable y sobre todo verdaderamente útil al país. Que cada cual trabaje a la medida de sus fuerzas, con la actividad y consagración que le sea posible, en esta obra de adelanto y de pública conveniencia, y de seguro que si no alcanzáremos el título de sabios, obtendremos ciertamente el para mí más estimable de obreros del progreso, de buenos ciudadanos.

Medellín Octubre de 1887.

**Andrés Posada Arango"**



En esta explicación de qué es lo que debe ser la Academia de Medicina, se echa de ver el interés que en él despertaban no solo el estudio de la patología humana sino la observación atenta de lo relacionado con la botánica y la zoología, interés que primó y confiesa era su más alto ideal, en el prólogo de sus obras publicadas en 1909.

Es interesante anotar cómo le placía el estudio serio y profundo de las cosas como a todo profesor de ciencias naturales, así lo dice en su primer editorial y al profetizar la alta misión a que estaba destinada la primera asociación médica de Antioquiay al insistir en ese entonces de que ese conjunto no se llamara simplemente "Sociedad Médico-Quirúrgica de Medellín" como el Dr. Julio Restrepo proponía; que no era pomposo su nombre decía, el que debía llevar desde sus comienzos, porque con el tiempo y los trabajos allí desarrollados, nadie osaría desconocerle el título de Academia, y, añadía, que muchas de las Academias de ese entonces habían tenido un origen similar. Porque conocía el ambiente científico que se respiraba en el Valle de Aburrá y porque concibió la trayectoria que debería tener esta Academia, insistió en que su nombre fuera éste y no otro. Fue profeta del desenvolvimiento científico en Antioquia y sus trabajos y los escritos de sus compañeros y seguidores, sacaron adelante esta magna concepción del Dr. Posada Arango y que permitió la primogenitura de esta Academia en Colombia.

La vasta cultura de Posada Arango le permitió recoger en 1909 en su libro "Estudios Científicos", diferentes publicaciones que había hecho sobre astronomía, trigonometría, física, botánica y zoología, describiendo variedades de singular apariencia y una de ellas bautizada con su nombre al decir del Dr. Emilio Robledo. Le interesaron los estudios sobre bioestadística, trayendo datos muy interesantes sobre la ciudad de Medellín, la climatología regional, la organización de los lazaretos y de la Medicina Legal en Colombia, difundió los conocimientos sobre las plantas industriales como el caucho, la cabuya, los cítricos, la vainilla; escribió sobre los peces y las serpientes, sobre el gusano de seda, sobre los insectos y parásitos de Colombia, trayendo ilustraciones, grabados y dibujos, sobre cuyos trabajos no puedo osar criticarlos ni siquiera comentarlos debidamente, por no poseer conocimientos para hacerlo en forma digna de su autor, porque, si , en un comienzo pretendí hacerlo, a medida que me adentraba en su lectura, me asombraba en la profundidad de sus conocimientos y en la inferioridad de los míos para hacer una honrada crítica. Solo puedo decir que fue grande mi deleite al leerlos.

Sus escritos relacionados con la fisiopatología antioqueña corren publicados en los Anales de la Academia de Medicina de Medellín y en revistas francesas. Allí encontramos los estudios sobre el veneno de la rana del Chocó, extenso estudio del *Phylobates Chocoensis*, cuyos primeros trabajos sobre el tema fueron publicados en 1869 en el Pabellón Médico de Madrid, Año IX y en los Archivos de Medicina Naval francesa en su tomo XVI. Encontramos también escritos sobre la oclusión intestinal; sobre la hidrocele y su tratamiento que recomienda por medio de la inyección de unas gotas de solución de percloruro de hierro al 16% (Anales N° 3, enero de 1887). Sobre los cuerpos extraños de las vías respiratorias; sobre el tétano de los recién nacidos y su manera de prevenirlo por medio del aceite de bálsamo de copaiba, tal vez como aislante del medio exterior; sobre las tricomoniasis, la elefantiasis, la lepra, el carate; sobre la manera de re-  
retar adecuadamente; sobre la fiebre tifoidea y las micosis, sobre las parasitosis intestinales.

Sobre el empleo de la planta del guaco o su jugo, trae interesantes observaciones publicadas en el número 1° de los Anales de la Academia de Medicina en 1887. El uso del guaco, bejuco del género *mikania*, es referido por don Francisco Javier Matis, pintor granadino de la Real Expedición Botánica quien le aseveró que el negro Pío en Mariquita le ponderó las bondades del guaco, bejuco silvestre llamado también "Bejuco Guayaquil", como antídoto para las mordeduras de serpiente. Menciona también al Padre Grumilla, quien en 1741 solía atribuirle un claro poder antiofídico. Don Francisco Antonio Zea publica en 1802 en el Semanario de Agricultura de Madrid, sus primeras noticias. Refiriéndose a lo observado por Matis hizo experiencias con el jugo de esta planta. También trae a cuento el Dr. Andrés Posada A. lo experimentado por el canónigo Dn. Juan María Céspedes, profesor de Botánica de Bogotá, por don Manuel María Quijano, don José A. Nieto, don José María Estévez, don Jorge Tadeo Lozano. El mismo Dr. Posada Arango dice que su acción se ha valorado como curativa, la del jugo del guaco, siendo más bien su acción preventiva, desarrollando defensas o inmunidad en el organismo, de ahí que, aconsejara diariamente tomarse esta medicina como preventivo de la acción del veneno de la serpiente. Es curioso anotar lo que refiere sobre la hidrofobia y relata cómo un mordido por perro rabioso, no presentó la hidrofobia, habiendo perecido los otros individuos mordidos por el animal.

Escribe también sobre los gusanos urticantes, sobre la parasen-

tesis sin trocar, sobre Lecciones de Farmacia; escritos todos en los que imprime el sello de su gran personalidad, la profundidad de sus concepciones y el sentido de servicio a sus conciudadanos, lo que hace de ellos obras valiosas por agudeza de sus concepciones.

Es también biográfico como cuando magistralmente describe a don José Félix de Restrepo; polemista cuando escribe a don Fidel Cano o publica en el Papel Periódico Ilustrado "La Tarabita" y el "Alegato de un Médico". Publica en francés algunos de sus trabajos más interesantes en el Diccionario Enciclopédico de Ciencias Médicas, y en otras Revistas europeas.

Aconseja desde 1888 el uso del lactex de higuera (*ficus labrata*) como parasiticida, tratamiento que concreta y recomiendan más exactamente el profesor Emilio Robledo en la Gaceta Médica de Manizales en 1908 y los doctores Miguel María Calle, Posada Berrío y Lázaro Uribe en 1911 y 1912.

Es curioso releer los consejos que daba en 1887 y que encierran recomendaciones sacadas del hondo sentido de la observación personal, los que hoy se pueden hallar justificados con las comprobaciones posteriores de la microbiología y del huésped trasmisor, conceptos que en ese entonces apenas se esbozaban al iniciarse la era pasteriana y sin conocerse exactamente la epidemiología sobre la fiebre tifoidea, la amibiasis, las parasitosis, la fiebre amarilla y el paludismo; dicen así tales recomendaciones:

**"Consideraciones sobre los efluvios telúricos.**—1º temer, sobre todo, el aire de la noche, por consiguiente viajar únicamente durante el día; no salir de su habitación desde que el sol se pone, y en caso de absoluta necesidad, cubrirse la boca y la nariz con una bufanda o un pedazo de franela; no dormir nunca dejando abierta la ventana. Con frecuencia he visto enfermar gravemente a personas que temiendo al calor dormían en corredores, respirando toda la noche un ambiente frío y cargado de efluvios. 2º No bañarse hasta que haya transcurrido el tiempo suficiente para poderse juzgar aclimatado a la localidad (aproximadamente dos meses), a menos de hacerlo con agua **hervida**. 3º Elegir como bebida el agua pura, de curso rápido, agregándole un poco de aguardiente o mejor aún, de vino tinto que tiende a promover el sudor por el alcohol que contiene, y descompone con el tanino las materias orgánicas que existan en el líquido. Si el agua fuese manifestándose mala, debe hervirse, filtrarse en un saco de lana con carbón en polvo. 4º Evitar la humedad y todo lo que pueda suprimir la transpiración, que es sin duda una de las vías de eliminación de los eflu-

vios absorbidos. Es útil por consiguiente usar vestido interior de franela y es en el mismo sentido como obran las fricciones secas o con líquidos alcohólicos, que algunos viajeros usan por la noche al tiempo de acostarse. 5º Abstenerse de frutas y de leche **cruda**. 6º Evitar las grandes fatigas y los excesos de todo género que debilitan el organismo, lo hacen más susceptible a la acción del germen morbígeno. 7º Tomar pequeñas cantidades de alguna preparación de quina cuya acción profiláctica está bien demostrada, sin que apareje el menor inconveniente. Uno o dos gramos de sulfato de quinina, tomados todas las mañanas durante algunos días, o mejor, un poco de quina en polvo, que se echa a macerar en el licor que se ha de mezclar al agua, satisfacerán la indicación. La mayor o menor exactitud con que deban observarse estas precauciones, y el término de su aplicación, varían según lo más o menos nocivo de la localidad; pero, en general, basta un mes de cuidados. En cuanto a los medios de disminuir la insalubridad de esos lugares ellos consisten en destruir, o al menos en alejar de las habitaciones todos los focos de descomposición pútrida de las materias vegetales; secar el suelo por desagües convenientes; no depositar basuras en hoyos en que la lluvia pueda detenerse; facilitar el curso de las aguas, desherbar y limpiar sus orillas y permitir el libre acceso de los rayos solares sobre los parajes húmedos talando los árboles de las inmediaciones”.

Por último quiero comentar separadamente el artículo que, sobre el Tun-tún escribió en 1887 en los Anales de la Academia de Medicina de Medellín, de una traducción de su original publicado en francés en el Diccionario Enciclopédico de Ciencias Médicas. Oid señores Académicos lo que el Dr. A. Posada Arango escribía por entonces:

**“EL TUN-TUN.**—Acaba de publicarse en París, en el Diccionario Enciclopédico de las Ciencias Médicas, bajo este mote, un artículo mío, destinado especialmente a dar a conocer la naturaleza de la enfermedad a que en Antioquia damos ese nombre, enfermedad que según mis observaciones es idéntica a la “Clorosis de Egipto”. Lo limitado del espacio de que allá podía disponer en mi carácter de mero colaborador en el Diccionario y sobre todo la circunstancia de haberse tratado ya en otras partes de la obra, de lo relativo a la terapéutica de esa caquexia, me impedían ocuparme de nuevo en ese asunto, extenderme más sobre la materia, tratando esa faz de la cuestión. Mas como el fin principal de todo estudio médico debe ser alcanzar la curación de las enfermedades, o el precaverse de ellas, he

juzgado conveniente por la importancia que tiene para Antioquia esa dolencia, verdadera plaga en varios de sus distritos y lo poco que se sabe aún acerca de ella, exponer aquí sumariamente y como complemento al estudio o artículo en referencia, el tratamiento y la profilaxis del Tuntún, consignar mis ideas sobre el particular.

**Tuntún.**—Nombre dado en Antioquia (Colombia) a una enfermedad endémica caracterizada por suma palidez, debilidad general, opresión o dispnea al menor ejercicio, y por una sensación de golpes intracraneanos que el paciente experimenta al andar y sobre todo al subir. Por estós golpes comparados por las gentes a los choques del pilón con que preparan el maíz para la alimentación, los que le han hechao dar a la enfermedad, por una especie de onomatopeya su nombre tun, tun, tun, tun.

.....

El Tuntún es en resumen, una profunda anemia. Pero la anemia más bien que una verdadera enfermedad, es un estado mórbido, un resultado que puede provenir de causas muy diversas. Cuál será, pues, la causa del Tuntún? la influencia de las malas aguas usadas para bebida, es aquí evidente, tangible. Generalmente provienen de pozos, y son siempre, en las localidades donde reina la enfermedad, turbias y gredosas. Por eso, había yo creído que la arcilla era la causa de la enfermedad, sin entrar a decidir si aquella obraba directamente o indirectamente sobre los glóbulos sanguíneos, destruyéndolos, o indirectamente trastornando las funciones digestivas. Tal fue la opinión que sostuve ante la Academia Médico-Quirúrgica en 1870; pero vuelto a Antioquia en 1872, el examen cuidadoso de algunos cadáveres de tuntunientos me hizo reconocer que la causa era la que Griesinger había señalado para la clorosis de Egipto. El duodeno estaba, en efecto, cubierto de innumerables anquilostomas, sobre todo de hembras. Desde entonces quedó demostrado por mí que el tuntún es la misma enfermedad que el Profesor R. Blanchard y otros autores han llamado Anquilostomatosis. El tratamiento del tuntún ha consistido hasta ahora, entre nosotros, en el solo empleo de los ferruginosos. Bajo su influencia, con cambio de clima o del agua usada en bebida, se obtiene pronto una notable mejoría; pero si los individuos permanecen en los mismos lugares expuestos a los mismos causantes, esos medios no son más que paliativos y los enfermos llevan una vida miserable, en alternativas de alivio y de agravación, hasta que alguna enfermedad intercurrente, tal como la disentería o la neumonía, viene a arrebatarnos. Para obtener una curación radical, defini-

tiva, preciso es, pues, remontarse a la acusa, combatir el mal en su fuente. Para ello hay que llenar las tres indicaciones siguientes:

1º—Impedir la entrada de los anquilostomas que tienden a entretener y perpetuar la enfermedad, o que la produciría si no existiera.

2º—Destruir esos parásitos en el canal digestivo, o provocar su expulsión.

3º—Reponer las pérdidas del organismo, corroborarlo, devolverle a la sangre lo que ha perdido en cantidad y en cualidades.

Sábese que, los anquilostomas se ayuntan en el canal digestivo de los pacientes; y sus huevos son expelidos con las materias excrementicias y van a desarrollarse o a hacer eclosión al exterior en el suelo húmedo y que es por medio del agua usada en bebida como las larvas o gusanitos que ahí resultan van a parar otra vez a los intestinos de las personas. Para llenar la primera indicación, debe tenerse especial cuidado en impedir que los excrementos puedan inficionar el agua, hervir ésta o filtrarla, en las localidades donde el tuntu es endémico, o bien, sustituirla por la de lluvia. Si se elige el primer medio deberá hervírsela desde la víspera, para darle tiempo de recuperar el aire que ha perdido por ebullición y que le es indispensable para que sea realmente agua potable. Si se opta por la segunda indicación, puede reemplazarse los filtros de aspersión, de que aquí se carece, por otros de barro poroso, o por grandes embudos, de barro, de madera o de hoja de lata, tapados algo con pequeños guijarros lavados sobre los cuales se dispone una capa de carbón en polvo, dentro de otras dos de arena fina. En cuanto al agua de lluvia, bueno es advertir, que la prevención que contra ella tiene por acá el común de las gentes, carece de todo fundamento, pues esa es una buena agua potable.

La segunda indicación es menos fácil de cumplir porque no se conoce aún un buen anquilostomicida que sea inofensivo para los enfermos, y se sabe, además, que esos parásitos pueden permanecer muchos meses y aún más de un año en el canal intestinal de una persona. Parece que los ensayos hechos en otros países con el extracto etéreo de la raíz del helecho macho, con el ácido tímico y con el jugo lechoso de *Ficus Doliaria* del Brasil, ha dado buen resultado. Este último que se da en cantidad de una onza mezclado con agua o con leche podría probablemente reemplazarse con el jugo de algunos de nuestros *Ficus* tal como el que lleva el nombre vulgar de Higuieron.

A veces he ordenado el cloroformo, la creosota o la esencia de trementina, dados en cápsulas por la mañana durante algunos días,

y sus efectos me han parecido buenos. Estos medios pueden repetirse a intervalos proporcionados en el curso de tratamiento. Administro al mismo tiempo los amargos, especialmente el ajeno, la nuez vómica, el cedrón o la cuasia, dados diariamente en ayunas por bastantes días. La tercera indicación se satisface con un régimen alimenticio reparador, especialmente de origen animal y con empleo de los ferruginosos. Entre estos debe darse preferencia sobre las preparaciones suaves usadas contra la clorosis de las mujeres, a las composiciones solubles y rápidas: el tartrato, el citrato, los cloruros pues, a más de su acción general, pueden obrar tópicamente sobre los parásitos. Por eso mismo, para alcanzar ese doble fin, asocio yo con provecho, el arsénico al hierro. Preciso es mencionar aquí, tratándose de esta enfermedad, un remedio que goza de gran boga en Antioquia desde hace muchos años y cuya fórmula se debe al señor Dr. Manuel Vicente de la Roche. Se prepara poniendo en una botella grande zumo de naranjas agrias, colado por un lienzo, una onza de limadura de hierro, una onza de quina pulverizada y dos dracmas de ruibarbo para tomar de eso, después de algunos días de preparado, 2 o 3 cucharadas diarias mezclándolas a un poco de tisana amarga o agua de panela. sus efectos son de los más felices y rápidos”.

No es esta una descripción suscita de una de las endemias más graves que azotaron y azotan todavía a un gran volumen de población de nuestros climas medios y templados? tiene un valor inmenso este trabajo al delimitar este síndrome o enfermedad con precisión y al hallarle su identificación con la “Clorosis de Egipto” como así se llamaba, por esa época la afección al encontrar en las autopsias el duodeno lleno de uncinarias, y, en cuanto a su terapéutica sabiamente la puntualizó en sus tres famosas recomendaciones: En la primera se aconsejaba impedir la entrada del anquilostomo al organismo por medio de la acción preventiva que hoy día tiene plena vigencia; el segundo consejo consistía en destruir el parásito en el tubo intestinal o provocar su expulsión; su tercera recomendación fue la de reponer al organismo las pérdidas de sangre en cantidad y calidad, estas son exactamente las tres indicaciones que hoy damos para que se apliquen exactamente si pretendemos hacer una cura radical.

Pero el famoso trabajo del Dr. Posada Arango, cayó en el olvido; solo en algunas tesis de valor limitado, algunos graduados en 1904 y 1905, volvieron sobre él, pero fue el equipo de hombres encabezados por el profesor Roberto Franco, quien desgraciadamente

acaba de morir hace 4 días en New York, cuando en 1907 comprobaban la presencia de huevos de uncinaria en la materia fecal de estos sujetos atacados por el síndrome anémico. El profesor Emilio Robledo en 1908 contribuye con su valioso aporte en un interesante estudio publicado en el Boletín de Medicina de Manizales, el Dr. Luis Zea Uribe en la Revista Médica de Bogotá en 1909 y el Dr. Miguel María Calle hace lo mismo con sus estudios y su entusiasmo al esclarecer esta afección que duró 20 años sin que se volviera a hablar de ella y sin darle mérito a las enseñanzas del Dr. Posada Arango. El Dr. Jorge Martínez S. en su famosa tesis de grado, publicada en 1909, recoge las enseñanzas clínicas y de laboratorio adquiridas en el servicio del Dr. Franco del Hospital de San Juan de Dios de Bogotá y hace un estudio exhaustivo y recoge en los siguientes términos el concepto sobre el trabajo del Dr. Posada Arango: "Toca el honor de la primera palabra en asunto de tan vital importancia para el país al Dr. Andrés Posada Arango que publica en el año de 1887, en los Anales de Medicina de Medellín, el artículo en que identifica el Tun-tún antioqueño a la "Clorosis de Egipto", trabajo que es honra nacional".

En años posteriores vino la misión Rokefeler al país a desarrollar una campaña nacional consistente en la expulsión de la uncinaria por medio del quenopodio y otros vermífugos que iban dando comisiones ambulantes de médicos por nuestros climas templados, pero no tuvo el éxito que se esperaba porque se dejaron de cumplir las otras dos recomendaciones que el Dr. Posada Arango daba 30 años antes acerca de la prevención de la endemia y del restablecimiento de la sangre por medio de la alimentación y de los ferruginosos.

Años más tarde, en 1930, reconocida la ineficacia de esta labor, se emprendió en el país lo que se denominó el "saneamiento del suelo" que tenía por finalidad hacer una prevención de la enfermedad, lo cual disminuyó la infestación parasitaria en algunas regiones, pero tampoco se obtuvo la recuperación del enfermo porque toda vía se dejaba de cumplir con la tercera recomendación del Dr. Posada Arango: el restablecimiento de la nutrición en el anémico.

Precisamente en los estudios que he publicado últimamente hago énfasis en que la enfermedad Anemia Tropical, constituye una carencia alimenticia primitiva a la cual se injerta una parasitosis que ayuda al desarrollo digestivo y hace más difícil la absorción del hierro y de la Vitamina C, elementos de que carece el organismo afectado. Es bien cierto que los alimentos acostumbrados como usuales en



estas regiones, por su gran carencia de hierro, por sí solos pueden producir la anemia en la misma forma como encontraba Marfen la anemia en los niños exclusivamente alimentados todavía al año de edad con leche materna y más fácilmente con leche de vaca, el cambio de clima o de lugar, que aconsejaba el Dr. Posada Arango, tiene la ventaja de incluir un cambio de alimentación, más rica en hierro que es la que se consume en los climas fríos.

Al aconsejar Posada Arango su tercera recomendación, como requisito indispensable para el tratamiento de la afección, le atribuye un gran papel a los alimentos de origen animal, que son ricos en hierro y que hoy día constituyen una terapéutica adecuada. Le concede a los compuestos ferruginosos un papel de especial terapéutica como aporte de hierro al organismo y como acción tópica sobre los parásitos en el medio intestinal. Y en esto tampoco andaba equivocado Posada Arango puesto que, con un mayor aporte de hierro, se logra modificar la cantidad y calidad de los jugos digestivos y el P. H. del medio duodenal, demasiado alcalino en este síndrome y por ende propicio para el albergue de la uncinaria, de ahí el gran anidamiento de estos parásitos en los seres desnutridos. En los casos que he tenido la oportunidad de tratar de niños de una gran infestación parasitaria, al lograr restituir parte de su hierro carente de su sangre y despertar en el niño por este motivo mejores jugos digestivos y el apetito, he hallado que, sin necesidad de vermífugos, la infestación parasitaria disminuye. Por los trabajos de Oswaldo Cruz en el Brasil me informé cómo él podía restablecer las calidades hemáticas perdidas en el anémico por medio de la ingestión diaria de 40 centigramos de sulfato ferroso sin expulsar los parásitos, lo que luego trataba de hacer una vez recuperado el organismo. Entonces aprendí cómo era de trascendental para el anémico restituir primero en la sangre los elementos perdidos antes que expulsar los parásitos, pues muchas veces los niños morían pocos días después de la toma del vermífugo sin haber logrado modificar las condiciones digestivas ni hemáticas alteradas.

Posada Arango al insistir en su tercera recomendación y que para mí es la más importante y trascendental de todas, sobre todo para emplear en los casos más graves, difunde lo aconsejado por su amigo y maestro el insigne Dr. Manuel V. de la Roche al recetar una posición de limadura de hierro mezclada con jugo de naranja, lo que hoy se encuentra de suma actualidad. En efecto, se ha encontrado que la carencia de Vitamina C en la alimentación dificulta la absorción del hierro en el medio duodenal y se acrecienta cuando simultánea-

mente se dan 200 miligramos de vitamina C o 250 cc. de jugo de grape fruit, lo que se ha podido demostrar por hisótopos de hierro radioactivo y, el único hierro cuya absorción; no puede incrementarse por este sistema, es el que va unido a la yema del huevo. Y, si a esta poción, la recomendada por Posada Arango, se agrega agua de panela, hay cierta cantidad de hierro y también de vitamina C, según lo publicado por el profesor Barriga Villalba. Es, pues, una poción ideal que tiene hoy día toda su importancia.

No le quiero restar importancia a la contribución del parásito en este síndrome, la que no es tampoco la que se consideraba unos años antes, como única; al hacer resaltar la trascendencia que tiene para el rápido restablecimiento orgánico, el cambio de alimentación y la terapéutica eficaz por medio de elevadas dosis de hierro para evitarle al organismo una inminente crisis. La expulsión parasitaria es el complemento posterior del tratamiento.

Este estudio de Posada Arango, puede considerarse no solo como el primero en Colombia sino como clásico en la literatura médica mundial así lo refiere el Profesor Roberto Franco en su comunicación "Uncinariasis, anquilostomiasis" presentada a la Academia Nacional de Medicina en 1909, al decir que el Profesor Blanchard, Director de la Escuela de Medicina Tropical de París, hoblababa y comentaba favorablemente desde el principio del siglo el famoso artículo de Posada Arango.

Hay un concepto sobre el Dr. Posada Arango, que me veo obligado a transcribir por ser su autor el primer presidente de la Academia de Medicina de Medellín Dr. Manuel Uribe Angel, otra de las grandes figuras de la Medicina Antioqueña.

Dice así: en su libro sobre "La Medicina en Antioquia"; "El Dr. Andrés Posada Arango sin dejar de ser muy instruido en la ciencia médica, tiene por su parte la ventaja de cultivar con esmero y aprovechamiento las ciencias naturales, con especialidad la botánica y la Zoología, siendo muy aventajado en la primera; tiene una excelente pluma, redacta con facilidad y escribe con bastante perfección para honrar la literatura médica'.

En 1913 en el mes de enero, se reunió el Segundo Congreso Médico Nacional en Medellín, Asamblea que puso muy en alto el valor de la medicina nacional, por sus excelentes trabajos que fueron publicados en un grueso volumen, por la calidad de los asistentes, su número mayor de ciento, conglomeró a lo más granado de los profesionales bogotanos y del resto del país, fue designado el Dr. Posa-

da Arango, Presidente Honorario de él en unión con los Profesores Leoncio Barreto, Liborio Zerda y José María Buendía, Rafael Rocha Castilla, Evaristo García, Nicolás Insignares, Guillermo Forero B. y Oscar A. Noguera, figuras estelares de la medicina colombiana.

Pero nada da mejor idea de su personalidad que el prólogo escrito por él mismo para su libro "**Estudios Científicos**", que constituye una autobiografía:

**"A manera de Prólogo.**—El 12 del próximo noviembre hará 50 años que, hallándome en el gran salón de de la Universidad tomística de Bogotá, ante un numeroso concurso recibía yo, de manos del venerable Decano Dr. José Félix Merizalde, mi padrino en aquella ceremonia, la toga y la borla del doctorado, habiendo prestado allí mismo juramento de desempeñar con rectitud la profesión médica, de ejercerla con honradez y abnegación cual corresponde a un Hipócrates cristiano.

Dentro de pocos meses completaré, pues, 10 lustros de profesorado. Podré celebrar ya que no Bodas de Oro como impropriamente se dice, sí mis Bodas de Honra, las solas a que debo aspirar. No me corresponde a mí resolverlo. Pero permítaseme dejar constancia de las más sanas intenciones, la mejor voluntad ha precedido a todos los actos de mi carrera profesional; que a nadie he extorsionado y que, aún ahora, retirado ya de la profesión, he conservado abierto mi consultorio para atender gratuitamente a los desheredados de la fortuna que me han solicitado.

Pero lector amigo tengo que haceros una confesión. Aunque elegí voluntaria y deliberadamente la carrera de la medicina, aunque ella me inspiraba innatas simpatías, solo la ejercí por necesidad, como medio de procurarme la subsistencia, cosa a que la falta de patriotismo me obligaba; pero mi verdadera inclinación, mi pasión dominante, ha sido un amor ascendrado a las Ciencias Naturales, un vehemente deseo de comprender todos sus arcanos, de conocer todas las maravillas de la Creación. Y no era por mera curiosidad, desde muy joven concebí el proyecto de escribir algo como la "Geografía Médica de Colombia" y dominado por esta idea, no dejaba perder mis ratos libres, dedicándolos a recoger datos e informes que pudieran servirme para llevar a cabo lo que me proponía".

(Hasta aquí el Dr. Posada Arango)

Por su obra científica, por su interés de servicio a la Humanidad y en especial a sus conciudadanos, por su vida toda, merece ser colo-

cado dentro de los grandes de la medicina colombiana. Vine a admirar de cerca el busto que le han erigido en la Facultad de Medicina a su memoria y regreso a Bogotá con todo él en mi alma para rendirle allá también los homenajes a que tiene derecho.

La personalidad de Posada Arango reúne también, los requisitos que Florencio Escardó ha impuesto para vislumbrar en el profesional el alma del médico, porque dice que el alma del médico verdadero es una alma en zozobra; es una alma ecuaníme, es una alma heroica, es una alma engastada en un alma de hombre. "La zozobra, la ecuanimidad, el heroísmo son circunstancias del alma del médico, trances y riesgos en que esa alma se desenvuelve, realiza y perfecciona; pero no son dimensiones intrínsecas del caso en particular. Ningún médico puede valer más de lo que vale como hombre, realizar más de lo que realiza como hombre, ni significar más de lo que significa como hombre". Es decir, cualidades, éstas, abstractas de suyo, pero humanizadas por cada uno en su persona adaptándolas sin desvirtuarlas a las modalidades de su temperamento. He ahí la obra de Posada Arango que cumplió en grado excelso con estos requisitos, por ellos rinde pleitesía también la Federación Médica Colombiana, y quiero en su nombre colocar esta imagen de hombre, como una personificación del saber y como ejemplo fehaciente de lo que puede ser un buen hijo, un buen patriota y, además, un sabio médico colombiano.

Al Profesor Robledo se le debe que, al cumplirse en 1939, el centenario de su nacimiento se le haya colocado la primera piedra de este busto que hoy admiramos y que hayan revivido en la memoria del país, las cualidades de este buen hijo de Antioquia en el discurso que en ese entonces hubo de pronunciar.

La Academia de Medicina de Medellín, debe sentirse orgullosa de haber contado dentro de sus miembros a estas figuras de la medicina nacional que hoy volvemos a admirar y que ponemos de ejemplo a la juventud universitaria.

Medellín, 9 de julio de 1958.

---