

Die Autoren sind der Meinung, dass die örtliche Behandlung mit Hydrocortisonazetat einen weiteren Schritt vorwärts in der Therapie bedeute, welche zu einer schnelleren und vollständigen Wiederherstellung des an Rheumatismus leidende Kranken führt.

RÉSUMÉ

Les auteurs présentent une expérience personnelle, avec l'acétate d'hydrocortisone, utilisé localement chez 48 malades avec différents processus rhumatiques et qu'on a pu surveiller pendant plusieurs mois, pour apprécier avec certitude les résultats de ce traitement.

Ils résument dans un tableau, les résultats obtenus dans chaque malade. Dans le 35,5% des cas on obtint la disparition de la symptomatologie. Très bons résultats dans le 31,2%. Dans le 16,6% on obtint un soulagement considérable des douleurs, avec amélioration de la motilité articulaire, ce qui permit l'initiation de traitements physiothérapeutiques efficaces. Dans le 12,5% légères améliorations, ou de courte durée, mais suffisamment utiles pour commencer la rééducation. Enfin dans le 4,2% les résultats furent nuls.

On considère l'acétate d'hydrocortisone, utilisé localement, comme un pas de plus, dans les thérapeutiques qui conduisent à une plus rapide et totale récupération du malade rhumatique.

ATEBRINA EN EL TRATAMIENTO DEL "PETIT MAL"

R. PASCUAL SANTISO.

Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas.

Director: Profesor C. JIMÉNEZ DÍAZ.

Hasta hace muy pocos años los recursos de que se disponía para el tratamiento del pequeño mal epiléptico eran tan limitados como ineficaces. La cafeína, introducida en 1921 (STARGARDTER), se muestra prácticamente desprovista de acción terapéutica útil, pese a la defensa que de ella hizo, hace algún tiempo, el mismo LENNOX. La amfetamina, la benzedrina y la efedrina gozaron también del prestigio efímero que reviste a las drogas en las épocas de nihilismo terapéutico, basado más que en los resultados, en la esperanza.

El luminal y los derivados barbitúricos fueron también empleados, pese a los míseros efectos conseguidos; quizá fué el prominal el fármaco de este grupo que más defensores consiguió reunir.

Desde que EVERETT y RICHARDS (1944) describieron los efectos anticonvulsivantes de la tridiona, puede decirse que una nueva era se inició en el tratamiento del "petit mal". Utilizada como producto analgésico en un principio, estuvo a punto de ser abandonada, hasta que los trabajos de PERLSTEIN y, fundamentalmente, de LENNOX pusieron de manifiesto su brillante acción terapéutica en este proceso. Sin embargo, la experiencia ulterior ha hecho, como siempre, restringir el entusiasmo inicial: no todos los casos responden a la medicación y, en algunas ocasiones, el éxito dramático se ve empañado por los peligros que reporta.

De acuerdo con la mayoría de los autores que se han ocupado últimamente del problema, puede admitirse que la tridiona controla las crisis, aproximadamente, en un tercio de los casos tratados (31 por 100 en la estadística de LENNOX¹), produciendo una disminución evidente en más de la mitad de los restantes. No obstante, las peligrosas eventualidades a que puede dar lugar (desencadenamiento de crisis de gran mal, alteraciones psíquicas, fotofobia, exantemas morbiliformes, nefrosis y, sobre todo, depresión de la médula ósea y anemia aplásica fatal) encarecen una cierta cautela en su administración. Este temor se hace más evidente cuando el enfermo ha de permanecer alejado del médico, impidiendo su vigilancia directa.

Otras drogas, como la paradiona y la fenurona, ofrecen, al lado de claras ventajas sobre la anterior, en casos resistentes, los mismos peligros y, por tanto, los mismos temores.

En 1952. MÉNDEZ y HARTLEY² comunicaron a la Sociedad de Neuropsiquiatría y Medicina Legal de Lima la siguiente observación, realizada de una manera casual: un niño de siete años de edad que llevaba algún tiempo presentando crisis picnolépticas de una frecuencia diaria de 3 a 10, y con E. E. G. positivo, fué tratado con metoquina por presentar ciertos trastornos digestivos debidos a una lambliasis; inesperadamente las crisis desaparecieron al segundo día de tratamiento, persistiendo esta mejoría durante algún tiempo. El hecho fué referido escuetamente sin aventurarse en hipótesis ni comentarios.

En la revisión efectuada de la literatura respecto a este particular, nos ha sorprendido la falta de repercusión que tuvo este caso realmente inquietante; el problema planteado pasó por completo desapercibido y únicamente en el pasado año aparece una breve nota clínica (AGUILAR MERLO³), en la que se señala un caso semejante: se trataba de una niña de doce años de edad, que desde los siete presentaba crisis de ausencias (de 20 a 30 al día), con típico E. E. G. de "petit mal". La administración de atebrina originó la desaparición de los accesos al segundo día de tratamiento, manteniéndose la curación clínica durante las cinco semanas que duró la observación.

Basados en estos hechos, hemos realizado un ensayo terapéutico con atebrina en los dos ca-

los que a continuación se refieren, procedentes ambos del Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas que dirige el profesor Jiménez Díaz.

CASUÍSTICA.

Observación I.—Pilar F. P., de siete años de edad, natural y habitante de Valladolid. La enferma ha sido estudiada en el Servicio que dirige el Dr. ROMEO, en el Hospital Provincial de Madrid.

Hace año y medio, encontrándose previamente bien, le aparecieron unas crisis caracterizadas por obnubilación repentina y fugaz (de ocho a diez segundos de duración), que han persistido hasta la actualidad con una frecuencia de 20-30 veces al día.

En las crisis queda con la mirada fija, inexpressiva, dirigida hacia arriba; no responde a las llamadas ni a los estímulos externos. La mayor parte de las veces permanece inmóvil mientras dura el fenómeno, aunque en ocasiones realiza movimientos sencillos mecánicamente. Estos episodios no se han acompañado nunca de convulsiones, mioclonias, acinesias, ni trastornos vegetativos.

La enferma manifiesta que durante las crisis permanece ajena a cuanto a su alrededor sucede.

Ultimamente la frecuencia de los accesos es de 40-50 al día.

El resto de la anamnesis no demuestra ninguna otra circunstancia anormal, excepto una ligera tendencia al estreñimiento.

Los antecedentes personales de la enferma no ofrecen particular interés: nacida en parto normal, recibió lactancia artificial y su desarrollo, somático y psíquico, fué normal; padeció una bronquitis a los ocho meses, y la tos ferina a los seis años.

Los padres viven sanos y tiene una hermana sana. No se precisan antecedentes familiares de cefaleas, ataques epilépticos, ni otros tipos de trastorno neurológico.

La exploración no exhibe datos de relieve; se trata de una niña bien constituida y nutrida, con un desarrollo psicósomático adecuado para su edad. Coloración normal de piel, conjuntivas y mucosas. Isocoria normorreactiva. Boca y faringe, normal.

En cuello no se palpan adenopatías, ni tiroides. No muestra saltos vasculares. Tórax, normal a la percusión y a la auscultación. Pulso regular, con una frecuencia de 72. Tensión arterial de 11 y 7. Abdomen, normal; no se palpan ni se percuten aumentados el hígado y el bazo. Exploración neurológica, negativa.

Los análisis de sangre y orina eran rigurosamente normales. La radioscopia de tórax demostró una silueta cardíaca y campos pulmonares normales. En el análisis parasitológico de heces se encontraron abundantísimos huevos de *Enterobius vermicularis*.

El electroencefalograma practicado (fig. 1) patentiza

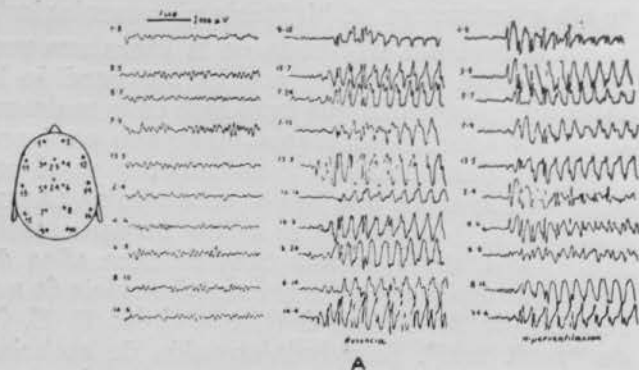


Fig. 1

los siguientes datos (doctor OLIVEROS): "El registro efectuado en las condiciones habituales de reposo muestra una actividad eléctrica cerebral formada por ritmos alfa de 10 por seg. y 40-50 microvolt., que ocupan las zonas parieto-occipitales de ambos hemisferios. Sobre esta ac-

tividad e irregularizándola aparecen ondas theta de 5 a 6 por seg., difusas y generalizadas. Asimismo se observan descargas bilaterales, síncronas y generalizadas de ritmos complejos punta-onda de 3 por seg. y gran voltaje, que coinciden con ausencias clínicas manifiestas.

Con la hiperventilación el trazado tendió a lentificarse discretamente, presentándose más frecuentes las descargas bilaterales, síncronas y generalizadas de ritmos complejos punta-onda.

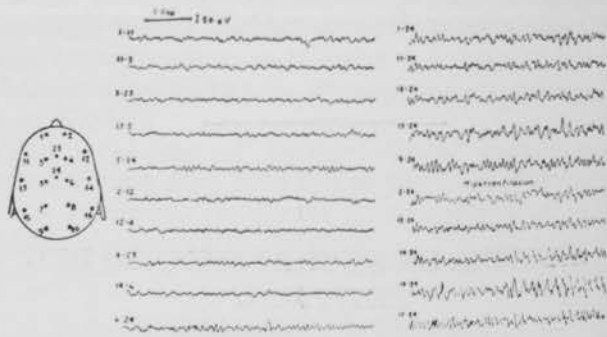
En conclusión, registro anormal, que presenta un trazado básico ligeramente lentificado para la edad de la paciente y descargas bilaterales síncronas, generalizadas, de ritmos complejos punta-onda de 3 por seg., y gran voltaje, de origen centroencefálico y tipo picnoléptico que coinciden con ausencias".

El diagnóstico de "petit mal" de tipo picnoléptico fué, pues, plenamente confirmado por la electroencefalografía.

La terapéutica se inició aconsejando un tratamiento previo con piperazina para eliminar los oxiuros; durante los días en que éste fué realizado, la frecuencia de las crisis aumentó extraordinariamente, llegando a tener hasta 30 en una hora. Al concluirlo reapareció la frecuencia habitual (20-40 crisis diarias), con comprobación analítica de la desaparición de los parásitos.

Se prescribe entonces Atepe (dos comprimidos diarios durante una semana).

Al segundo día de tratamiento las crisis desaparecieron completamente, a pesar de lo cual prosiguió en tratamiento hasta completar los siete días, como se le había aconsejado. En este tiempo, y a partir de entonces, durante los cuarenta días en que ha estado sometida a observación, no ha presentado una sola crisis (1).



B
Fig. 2

Una nueva exploración electroencefalográfica (fig. 2) practicada justamente al mes de iniciado el tratamiento arroja los siguientes datos (doctor OLIVEROS): "El registro efectuado en las condiciones habituales de reposo muestra una actividad eléctrica cerebral formada por ritmos alfa de 10 por seg., y unos 40 a 50 microvolt. que ocupan las zonas parieto-occipitales de ambos hemisferios. Sobre esta actividad aparecen ondas theta de 5 a 6 por seg. y mediano voltaje, difusas, generalizadas, permanentes, que irregularizan el trazado básico. Con la hiperventilación el trazado tendió a lentificarse. En conclusión, registro anormal, que muestra un trazado básico lentificado para la edad de la paciente, por la abundancia de potenciales theta difusos, habiendo desaparecido en la actualidad las descargas de ritmos complejos punta-onda que antes se recogían".

Observación II.—José D. Q., de ocho años de edad, natural y habitante de Madrid.

Hace dos años la familia empezó a notar que en muchas ocasiones el niño se quedaba fijo, sin hacer ningún

(1) La enferma exhibió una pseudoictericia atebílica discreta, que involucionó lentamente hasta desaparecer por completo.

movimiento y sin contestar cuando le llamaban; esto le duraba unos segundos y después se recobraba totalmente, continuando lo que estaba haciendo sin notar nada anormal. Si estas ausencias le dan cuando va caminando de la mano de su madre, continúa la marcha; si le dan comiendo, continúa masticando los alimentos, etc. Se le presentaban unas 4-5 veces al día y nunca se acompañaron de pérdida de conocimiento, convulsiones, mordedura de lengua ni otros signos destacables. La mayoría de las veces no recuerda lo que le pasa en esos momentos, pero en ocasiones rememora ciertos detalles.

Paulatinamente estas crisis de ausencia se han ido haciendo más frecuentes, y en la actualidad tiene de 15 a 20 diarias.

El resto de la anamnesis no demuestra ninguna otra circunstancia anormal.

Los antecedentes personales del enfermo ofrecen los siguientes datos: nació en parto muy laborioso, que duró tres días; hace unos tres años recibió un golpe en la cabeza que le produjo una herida y una momentánea obnubilación. Ha padecido sarampión, escarlatina y frecuentes amigdalitis, por lo que fué amigdalectomizado.

Los padres viven sanos y no existen antecedentes comiciales en la familia. Es hijo único.

La exploración es poco expresiva: es un niño bien constituido y nutrido, con desarrollo psicofísico normal. Facies inexpresiva y mirada triste. Ligera palidez de piel y mucosas. Isocoria normorreactiva. Boca, normal y faringe amigdalectomizada. Pares craneales, normales.

En cuello no se palpa nada anormal. Tórax, normal a la percusión y a la auscultación. 70 pulsaciones rítmicas por minuto. Tensión arterial de 12 y 7.5. Abdomen, normal; no se palpan ni se percuten aumentados el hígado y el bazo. Ligera exaltación de los reflejos tendinosos; el resto de la exploración neurológica es rigurosamente normal.

El análisis de orina y la radioscopia de tórax fueron totalmente negativos. El hemograma demostró una eosinofilia de 6, siendo el resto normal. En dos análisis parasitológicos de heces se encontraron numerosos quistes de lamblías.

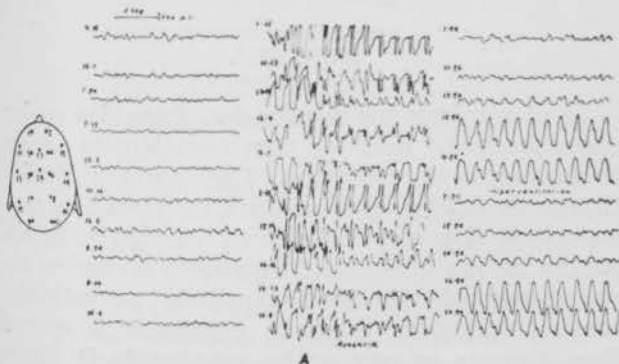


Fig. 3

El electroencefalograma (fig. 3) condujo a las siguientes conclusiones (Dr. OLIVEROS): El registro efectuado en las habituales condiciones de reposo muestra una actividad eléctrica cerebral formada por ritmos de 6 a 7 por segundo y unos 70 microvolt., difusos y generalizados, predominando los más lentos en ambas regiones temporales. En zonas posteriores aparecen algunos ritmos alfa de 9 por seg. y 50 microvolt. Sobre esta actividad aparecen abundantes descargas bilaterales sincronas y generalizadas de ritmos complejos punta-onda de 2,5 por seg. y gran voltaje, que se proyectan a zonas posteriores y que se acompañan de ausencias clínicas manifestadas.

Con la hiperventilación, las descargas bilaterales punta-onda se hicieron más frecuentes, tendiendo además a lentificarse discretamente el trazado básico.

En conclusión, registro anormal, que presenta, en primer lugar, una lentificación de los potenciales básicos, y, por otra parte, descargas bilaterales, sincronas y generalizadas de ritmos complejos punta-onda, de 2,5 por

segundo y gran voltaje, de tipo picnoléptico, que tienen un origen centroecefálico y que se acompañan de ausencias clínicas manifestadas".

El diagnóstico fué, por tanto, de "petit mal" de tipo picnoléptico, como en el caso anterior.

Respecto a la terapéutica, el enfermo había estado recibiendo tridiona (dos comprimidos diarios) durante dos meses. Al principio, las crisis, que eran de 15 a 20 al día, se redujeron a 8 ó 10, siendo mucho menos intensas; pero, últimamente, a pesar de no haber interrumpido el tratamiento, habían recuperado prácticamente la frecuencia primitiva (de 12 a 20 al día).

Sin previo conocimiento del caso anterior (puesto que este enfermo fué estudiado en otra sección del Instituto) (1) se le aconsejó un tratamiento preliminar de atebrina (un comprimido y medio diario), con objeto de eliminar la lambliasis. Este tratamiento lo mantuvo durante cinco días, observando que desde el segundo las crisis desaparecieron totalmente. Estuvo completamente bien durante unos once días, reapareciendo después los ataques con una frecuencia mínima de 3-4 al principio, que más adelante recuperaron su ritmo habitual.

Los resultados obtenidos en el caso anterior nos hicieron prestar atención a estos datos, que habían sido poco valorados anteriormente, ordenando al enfermo repetir nuevamente el tratamiento con atebrina (dos comprimidos diarios durante una semana). Las crisis desaparecieron al segundo día de tratamiento, habiendo permanecido sin ellas durante quince días, el tiempo que ha durado su observación. Coloración atebriánica leve.

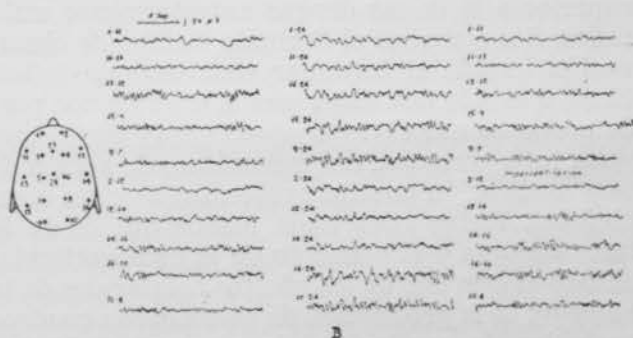


Fig. 4

Un nuevo electroencefalograma (fig. 4) muestra lo siguiente (Doctor OLIVEROS): "El registro efectuado en las habituales condiciones de reposo muestra una actividad eléctrica cerebral formada por ritmos alfa irregulares y asimétricos de 11 por seg. y unos 60 microvolt. que aparecen en ambas zonas parieto-occipitales. Entremezclados con estos ritmos aparecen potenciales theta de 5 a 7 por seg., y de mediano voltaje, difusos y generalizados, que predominan en zonas posteriores y son algo más señalados en el lado derecho. Con la hiperventilación no se potenció el trazado, sin aparecer otros ritmos patológicos.

En conclusión, trazado que muestra una inmadurez eléctrica por la aparición de ondas theta difusas y generalizadas, que predominan en zonas posteriores y son más acusadas en lado derecho".

COMENTARIO.

En ambos casos, la similitud de los aspectos clínicos y de los resultados terapéuticos es muy llamativa; si establecemos una comparación entre los nuestros y los recogidos en la literatura

(1) El enfermo procede del Servicio del Dr. OYA, que nos ha dado toda clase de facilidades para el estudio ulterior, por lo que desde aquí queremos hacerle patente nuestra gratitud.

ra² y ³, esta similaridad se hace aún más evidente.

En todos los casos, la mejoría clínica se hizo absoluta exactamente al segundo día de la medicación, con desaparición radical de las ausencias, siendo ésta persistente durante el tiempo que duró la observación, suspendida ya la droga. La posibilidad de las remisiones espontáneas, que siempre han de tenerse presente en la picnoepilepsia, debe ser, por consiguiente, descartada, pues de lo contrario habríamos de admitir una cuádruple y desusada coincidencia.

Los resultados electroencefalográficos son muy expresivos: en ambos casos, el tratamiento, al hacer desaparecer las ausencias, ha eliminado del trazado las típicas y llamativas descargas punta-onda que éstas irrogaban. Los ritmos punta-onda aislados, que aparecían independientemente de las ausencias clínicas y se incrementaban con la hiperventilación, desaparecieron también tras la administración de atebrina. La inmadurez eléctrica del trazado, evidenciada por la abundancia de potenciales theta difusos y generalizados, no cambió con el tratamiento.

El efecto terapéutico de la atebrina en el "petit-mal" parece, pues, indiscutible, y su eficacia, referida concretamente a tan limitada casuística, superior a la de las drogas anteriormente utilizadas. Sin embargo el limitado tiempo de observación impide el formular conclusiones definitivas, que sólo una observación ulterior nos puede proporcionar (*).

La interpretación del mecanismo de acción de esta medicación suscita problemas de gran complejidad. Entre ellos nada menos que el de la fisiopatología y el concepto de la picnoepilepsia. Sabido es que uno de los efectos colaterales de la atebrina es la producción de psicosis con cuadros variables de excitación, delirio, agresividad y agitación psicomotriz. Estos estados, que en nuestro país han sido bien estudiados por GUIJA MORALES⁴, tienen generalmente como denominador común la hiperexcitación cerebral. En grandes contingentes de palúdicos tratados con atebrina ha sido señalada también la posibilidad de que esta droga provoque genuinos ataques epilépticos, habiéndose descrito por algunos autores^{5, 6} y ⁷ ejemplos muy demostrativos a este respecto. Experimentalmente, MOLITOR⁸ registra la aparición de convulsiones clónicas en animales tratados con grandes dosis de atebrina, y HECHT⁹, trabajando con dosis mortales de este fármaco pudo observar que, antes de morir, los animales ofrecen síntomas neurocentrales en for-

ma de estados de gran agitación, disnea y convulsiones tónicas y clónicas.

Por otra parte, ENGEL, ROMANO y FERRIS¹⁰, estudiando cinco adultos normales, señalan que la atebrina actúa como estimulante cortical, mostrando el E. E. G. un desplazamiento hacia las frecuencias rápidas. Todos estos datos abonan la idea de que la acción de la atebrina sobre el cerebro consiste, en esencia, en una estimulación de la corteza.

Las descargas centroencefálicas del "petit mal" son, quizá, dependientes de la inmadurez cortical de estos enfermos, evidenciable por el trazado electroencefalográfico y la tendencia a la curación del proceso. Esta corteza inmadura carecería de la capacidad de inhibición suficiente sobre la sustancia reticular difusa centroencefálica, y ésta, emancipada de la tutela cortical, adquiriría una autonomía cuya manifestación clínica serían las ausencias.

La atebrina, estimulando la corteza (actuando por tanto en el mismo sentido que otras drogas de cierta utilidad en el "petit mal", como la cafeína y la benzedrina), facilitaría, por así decirlo, su "maduración" y, consecutivamente, la reaparición de su poder inhibitorio sobre la actividad patológica de los núcleos centroencefálicos.

La publicación de estos casos no tiene, de momento, más pretensiones que las de una comunicación previa; no obstante, lo esperanzador de los resultados obtenidos suscita la necesidad de un detenido estudio ulterior del problema.

RESUMEN.

Se comunican los resultados obtenidos en dos casos de "petit mal" de tipo picnoléptico con un tratamiento de atebrina. Las dosis utilizadas fueron de 0.20 g. diarios durante siete días consecutivos. La mejoría clínica (desaparición absoluta de las ausencias) apareció en ambos casos al segundo día de tratamiento, persistiendo, respectivamente, durante cuarenta y quince días, tiempo en que se ha mantenido la observación. La mejoría electroencefalográfica ha sido muy acusada. Se piensa que el mecanismo de acción de la atebrina es por estímulo cortical y que la inmadurez de la corteza es un factor determinante de gran importancia en la génesis de la picnoepilepsia.

BIBLIOGRAFIA

1. LENNOX.—*Jour. Am. Med. Ass.*, 134, 138; 1947.
2. MÉNDEZ y HARTLEY.—*Rev. Neuropsiquiat.* Lima, 16, 337; 1953.
3. AGUILAR MERLO.—*Rev. Informac. Med.-Terapéut.*, 30, 86; Barcelona, 1945.
4. GUIJA MORALES.—"Psicosis palúdicas y atebínicas". Mas.
5. VARDY.—*Malaya Med. J.*, 10, 67; 1935.
6. FIELD y NIVEN.—*Trans. R. Soc. trop. Med. Hyg.*, 29, 647; 1945.
7. SIJGENBECK v. HEUKELOM y OVERBEEK.—*Geneesk. Tijdschr. Ned.-Ind.*, 76, 2.507; 1939.
8. MOLITOR.—*Amer. Ass. Advancement Science.*, 15, 261; 1941.
9. HECHT.—*Cit. Guija Morales.*
- 10.—ENGEL, ROMANO y FERRIS.—*Cit. Méndez y Hartley.*

(*) En prensa ya este trabajo, tuvimos noticia de que el segundo enfermo, a los quince días de la desaparición de las crisis, inició un cuadro de ausencias de menor intensidad y frecuencia, que, una semana más tarde, después de un paulatino aumento, tenía ya todas las características anteriores al tratamiento. Un nuevo E. E. G. demostró un trazado típico de complejos onda-punta, superponible al primero.

En estas circunstancias, un nuevo tratamiento con atebrina (2 comprimidos diarios durante cinco días) originó al segundo día la desaparición absoluta de las crisis, persistiendo en esta situación hasta el momento actual.

Noticias recibidas del primer enfermo confirman la persistencia de la mejoría; actualmente lleva ya tres meses sin ausencias.

SUMMARY

The results attained in the treatment of two cases of "petit mal" of pyknoleptic nature with atabrine are reported. Doses of 0.20 gm. daily were used for 7 days in succession. Clinical improvement (absolute disappearance of absences) occurred in both cases on the second day of treatment and persisted for 40 and 15 days, respectively, which was the period over which they were kept under observation. Electro-encephalographic improvement was extremely marked. It is thought that the mode of action of atabrine is through cortical stimulation and that an immature cortex is an underlying factor of great importance in the genesis of pyknolepsy.

ZUSAMMENFASSUNG

Es werden die Ergebnisse besprochen welche in zwei Fällen von "petit mal" pyknoleptischer Art mit einer Behandlung von Atebrin erzielt wurden. Die Kranken erhielten Dosen von 0,20 Gm. täglich, 7 aufeinanderfolgende Tage hindurch. Bei beiden Fällen kam es am zweiten Tage der Behandlung zu einer klinischen Bes-

serung (Verschwinden der Abwesenheit) welche 40, beziehungsweise, 15 Tage anhielt, d. h. die ganze Beobachtungszeit. Die elektroenzephalographische Besserung war sehr auffallend. Es wird angenommen, dass der Mechanismus der Wirkung des Atebrin im kortikalen Reiz zu suchen sei und, dass die Unreife der Rinde ein Faktor von entscheidender Bedeutung in der Genese der Pyknolepsie sei.

RÉSUMÉ

On communique les résultats obtenus dans deux cas de "petit mal" type pycnoleptique, avec un traitement d'atébriane. Les doses utilisées furent de 0,20 g. par jour, pendant 7 consécutifs. L'amélioration clinique (disparition totale des absences) se présenta dans les deux cas au deuxième jour du traitement, se continuant respectivement pendant 40 et 15 jours, c'est à dire tout le temps que la surveillance a duré. L'amélioration électroencéphalographique a été très accusée. On pense que le mécanisme d'action de l'atébriane c'est par stimulus cortical et que l'immaturité du cortex est un facteur déterminante très important dans la genèse de la pycnoépilepsie.

PSICOSIS SINCRONICAS Y HOMOCRONAS

I. GÓMEZ MARTÍNEZ.

Ex Ayudante del Servicio.

JOSÉ M.^a MORÓN RUBIO.

Jefe del Servicio.

Sanatorio Psiquiátrico Provincial de Miraflores (Sevilla).
Servicio del Dr. JOSÉ M.^a MORÓN RUBIO.

I

Es bastante conocido el hecho de que un mismo trastorno mental haga su presentación en varios individuos de una misma familia al cumplir éstos la misma edad. También son conocidos otros casos de epilepsia —epilepsia homocrona— que se presentan y terminan a las mismas edades. Pero nosotros queremos hablar aquí de algo más y extendernos en una pequeña escaramuza dentro del campo de la genética psiquiátrica tan en boga actualmente. Pensamos revisar unos síndromes mentales, que hacen su aparición en más de un individuo de una misma familia, en el mismo momento, sin que exista igualdad de edad, más bien, al contrario, en personas que tienen edades distintas. Por otra parte, queremos aportar unos datos sobre aquellos casos en que el síndrome mental se inicia a la misma edad en varios miembros de una familia. En el primer caso hablaremos de psicosis *sincrónicas*, y en el segundo, de psicosis *homocronas*. Como base, para

conseguir nuestros propósitos, contamos con un abundante material clínico, del que entresacamos 10 casos, prototipos para nuestra tesis.

En la esquemática de los árboles genealógicos de estos diez casos emplearemos una nomenclatura personal, con lo que seguimos la mala costumbre de no llegar a estar de acuerdo sobre una cuestión que hace tiempo debía estar resuelta con la adopción de un código internacional. Esta nomenclatura, útil a nuestro interés práctico, va consignada a continuación (fig. 1).

II

Pasamos a reseñar nuestros casos:

Caso I (fig. 2).—Hermanas Mercedes y Matilde M. B., de cuarenta y seis y treinta y ocho años de edad, casada y soltera, respectivamente. Viven juntas desde hace muchos años. La soltera atiende y cuida la casa de la hermana casada. Hace dos años se inicia la enfermedad en ambas hermanas. Las dos se consideran perseguidas por el marido de la hermana mayor. Quiere envenenarlas. Se encierran en una habitación de la casa, y allí se acantonan mientras el esposo permanece en la casa. A éste le han quitado la llave de la puerta del piso para obligarle a llamar cuando quiera entrar, y de esta manera les da tiempo para abrir y correr a su escondite. Tienen relaciones con un espiritista (que les saca dinero) que fomenta la adversión familiar. Al mismo tiempo dan muestras de un exagerado misticismo, orando constantemente ante numerosas fotografías y estampas de santos y vírgenes para que las defiendan del cataclismo que se avecina preparado por el perseguidor. La habitación donde sucede todo esto se encuentra en un estado fácil de comprender: Hay restos de comidas y suciedad por todas partes. La familia está completamente desatendida. Ul-