

## 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.<sup>a</sup> MORÓN RUBIO.

Jefe del Servicio.

Sanatorio Psiquiátrico Provincial de Miraflores (Sevilla).  
Servicio del Dr. JOSÉ M.<sup>a</sup> 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-

timamente, dentro del círculo delirante, se incluyen a los dos hijos mayores del matrimonio, que son los que hacen una vida más común con el padre. En estas condiciones ingresan las dos hermanas en el Sanatorio de Miraflores el día 25 de marzo de 1955, de donde salen remitidas, después de un tratamiento mixto, electrocho-

al médico de lo que pasaba, porque no es cosa de ir enterando a todo el mundo; además, como viven solas, nadie se cree lo que dicen. Hacen una alimentación insuficiente, por el miedo al envenenamiento. Los vecinos son insultantes, incluso con las miradas y las intenciones". Se aconsejó la separación de ambas enfermas, y el

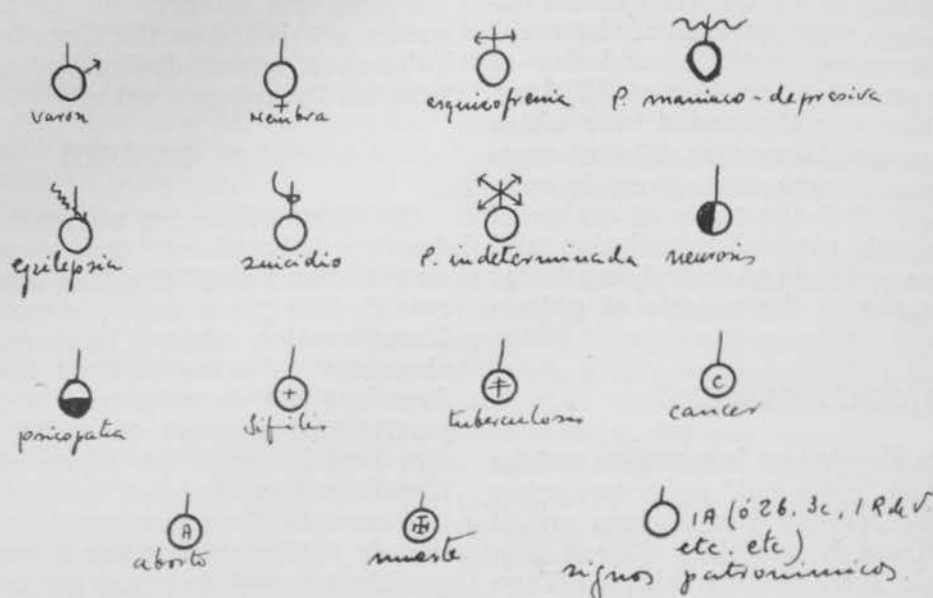


Fig. 1

que-insulina, el día 16 de mayo del mismo año 1955, Matilde, y el 28 del mismo mes, la hermana. Una, para hacerse cargo de la casa, y la hermana soltera, a Córdoba, para convivir con familiares.

Caso II (fig. 3).—Gracia M. S. y Josefa P. M., tía y sobrina, de cuarenta y nueve y veintiséis años de edad, respectivamente. Josefa es huérfana, pero desde la edad de diez años convive con su tía, viviendo los padres de la segunda todavía. Cuando llevaban tía y sobrina conviviendo cinco años murió el esposo de la tía, y como habían fallecido los padres de Josefa, continuaron tía y sobrina viviendo juntas y solas. La vida que llevaban

resultado fué sorprendente. Hace muy pocos meses llegó a nuestro conocimiento que habían hecho nuevamente acto de presencia ciertas ideas de tonalidad paranoide en la tía por el deseo de unirse de nuevo a su sobrina y por la oposición que hicieron los demás familiares. Pero con facilidad fueron cediendo, quedando normalmente dentro del medio familiar en que ahora se desenvuelve.

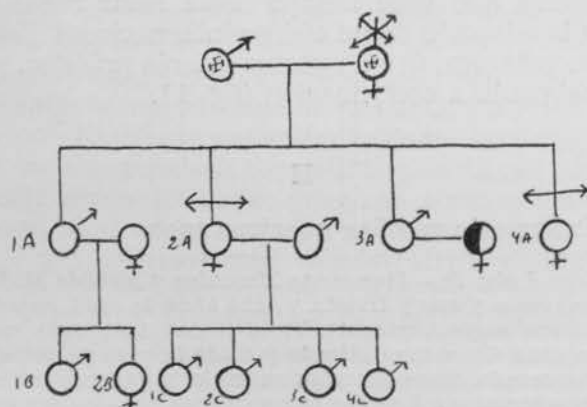


Fig. 2.—2 A y 4 A, sujetos de nuestra casuística.

era rara: No salían de la casa para nada, sólo a la iglesia próxima y a solucionar las necesidades más perentorias de la casa. La sobrina, mujer de pocos atractivos, esconde su dudosa feminidad bajo vestimentas estrafalarias, impropias de su edad. En 1949, a instancias de un pariente de estas enfermas, fueron visitadas por primera vez por uno de nosotros: "Estaban buenas, pero los vecinos no las dejaban vivir tranquilas, hasta tal extremo que, a veces, las comidas saben mal. Ultimamente, hace un mes, cuando las visitamos, habían tenido una enfermedad por esta causa, aunque el médico que las atendió dijera que fué una colitis. No quisieron enterar

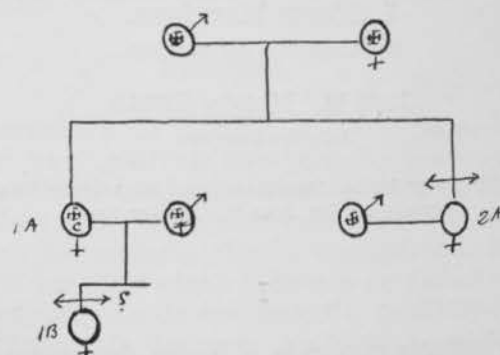


Fig. 3.—2 A y 1 B, sujetos de nuestra casuística.

Caso III (fig. 4).—Primas hermanas. Se trata de un matrimonio con cuatro hijos: primero y cuarto son hembras, y segundo y tercero, varones. Convive con ellos una hija de la hermana de la madre de estos niños, que tiene casi la misma de la hija mayor (un año y algo más menor). Las relaciones entre las primas (hija mayor del

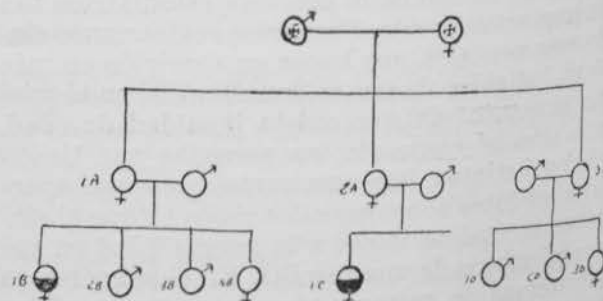


Fig. 4.—1 B y 1 C, sujetos de nuestra casuística.

matrimonio y su prima) son muy íntimas: Visten igual, tienen las mismas aficiones y gustos, y la convivencia es tan íntima que incluso comparten el mismo dormitorio. Cuando una de ellas, la menor, la sobrina de la casa, tiene un pretendiente, comienzan las anormalidades: Se creen que son mal vistas en la casa, que todo el mundo va en contra de ellas para hacerles la vida imposible. Existen cosas que tienen una franca dependencia demoníaca: Como la cojera del pretendiente y la escasez de medios económicos del mismo. Esta tentación constante del demonio es porque no son buenas. Tienen muchos pecados, que no pueden contar más que a un cura, incluso piensan que no sea su confesor, porque les da vergüenza decirselos a él. Pudiera ser que todo esto se arreglara permitiendo la familia que fueran monjas, pero les falta vocación. La mayor piensa que pudiera volver a tener ideas malas en el convento. Estas ideas se le ocurren cuando está con su prima y con otras jóvenes. Pone, lo dicho, de manifiesto la tendencia homosexual intensa que fluye de todo este relato. Cuando se propuso el aislamiento y fué conseguido no sin grandes inconvenientes, puestos por la misma familia, se presentó en ambas primas una reacción depresiva intensa, que poco a poco fué desapareciendo hasta conseguir la adaptación; pero después de grandes complicaciones: la mayor consiguió entrar en un convento, de donde tuvo que salir por sus tendencias sexuales; después, ya marchó la cosa mejor, cuando se dedicó a cuidar a un hermano inválido. La prima se casó y no tenemos noticias de ninguna otra anormalidad.

Caso IV (fig. 5).—Dos hermanos: hermano y hermana.

Viven juntos desde hace muchos años, casi desde siempre; él tiene sesenta y siete años; ella, sesenta y nueve. Son solteros. En el barrio son considerados como personas raras. No hablan con nadie, no salen a la calle nada más que a lo más necesario. Enferma el hermano de cáncer gástrico y acude al tratamiento el doctor TORRES CARAVACA, que averigua las condiciones mentales de ambos hermanos: no comen más que de aquello que saben no puede tener preparación ni estar contaminado por los vecinos. No abren la puerta del chalet, donde viven, a nadie; para abrir al médico comprueban repetidas veces que no es otra persona. Muere el enfermo del estómago, y a los pocos días el doctor TORRES CARAVACA es

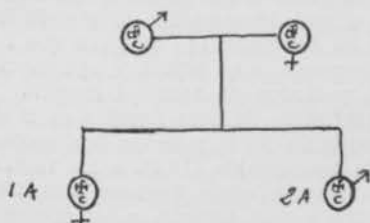


Fig. 5.—1 A y 2 A, sujetos de nuestra casuística.

requerido por los vecinos, pues desde estos días no ven por parte alguna a la hermana del fallecido. Cuando acude el médico de la casa se encuentra a su habitante en gran estado de abandono: lleva bastantes días comiendo sólo a base de algunos restos de pan, que había en la casa, de algunas conservas y de algunas frutas. Uno de nosotros (MORÓN) acude a consulta con el médico de cabecera y, de mutuo acuerdo, después de saber que la enferma no sale porque teme que los vecinos hagan con ella lo mismo que "hicieron con su hermano", se deciden por indicar la reclusión en el Sanatorio de Miraflores, donde ingresa y muere a los cinco años de su ingreso, de cáncer gástrico también, como el hermano.

Caso V (fig. 6).—Familia R. de V.

(1) R. de V. y (2) R. de V. presentan la misma clase de esquizofrenia y se inició en ambos a la misma edad; en (1) R. de V., a los veinticinco años de edad se iniciaron los síntomas y fué ingresado en el Sanatorio de Miraflores a los treinta y tres años de edad. La hermana (2) R. de V. empieza con los primeros síntomas a los

veinticuatro años y siete meses, y es recluida en el Sanatorio de Miraflores a los treinta y cuatro años de edad. Esta enferma, actualmente, no se encuentra en el Sanatorio, porque tiene familia que la atiende y por su sexo, que hace posible que sea atendida por una hermana; pero no porque se encuentre en mejor estado mental que el hermano, que continúa recluido en el Sanatorio. Ambos hermanos tienen ideas de transformación cósmica y de innovaciones políticas de grandes trascendencias. El varón habla de la transformación del Universo sobre la base de "racionalismo alemán". Para ello mantiene relaciones dentro de su persona con personajes políticos alemanes e italianos, que funcionan por las modernas teorías que él les inculca. De aquí se deducen los grandes progresos conseguidos en la solución de los problemas agrícola e industrial de España. Influyendo en todo, "como su hermana le hace ver", las determinaciones que al respecto toma la Santísima Trinidad.

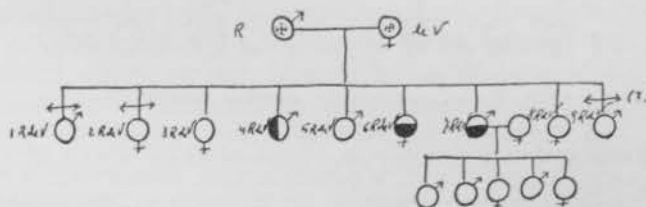


Fig. 6.—1 R de V y 2 R de V, sujetos de nuestra casuística. También son mencionados 6 y 7 R de V.

La hermana, bajo los mismos signos del hermano, manifiesta ideas similares, con la sola diferencia que son primordiales, en ella, las ideas de contenido místico y, en segundo lugar, sin que disminuya su importancia, se unen las ideas de contenido político y de transformación del Universo: "Todo el mundo anda desquiciado, porque la Santísima Trinidad aconseja la marcha en un sentido y se toma en otro, por lo que el sistema planetario marcha de distinta forma ahora, y muchos días son noches. No quiere asegurar que todo este cambio se deba a la influencia de políticos fuertes, como Hitler y Mussolini (así escrito por la misma enferma), que pueden determinar cambios en las personas y en las cosas. Es el caso de su hermano, persona de carrera (es cierto que es facultativo), que siempre ha estado preocupado por la Humanidad, igual que le ocurre a ella, aunque, en su caso, tiene de su lado a la Santísima Trinidad y no hay posibilidad para que actúen los malos. "Ya puede perecer el mundo, que ella se salvará".

Los otros miembros de esta familia, el (6) R. de V. y el (7) R. de V. nunca han estado en Servicios Psiquiátricos, ni, que sepamos, los han tratado privadamente; pero no por eso son personas completamente normales. Tanto la una como el otro son personas que han cursado estudios facultativos, incluso uno de ellos tiene un cargo importantísimo en organismo estatal, ganado por oposición. Sin embargo, son personas que demuestran fácilmente gran rigidez de pensamiento, con conversación pesada, insulsa y hasta disgregada. Tienen cierta insuficiencia para desempeñar sus cometidos, que se demuestra en el sinnúmero de proyectos no llevados a término, al mismo tiempo que demuestran, o quieren demostrar, demasiada sunciencia, que se relaciona con el indiscutible estado de sobrevaloración del YO.

Caso VI (fig. 7).—El enfermo que estudiamos es el (1) C, con un brote esquizofrénico: gran excitación psico-motriz, agresividad, impulsividad patológica, perplejidad y autismo.

A la misma edad que este enfermo tuvo el episodio relatado, presentó algo similar un tío suyo (2) A., que curó a los tres meses con defectos. El padre del enfermo se casó a los veintitrés años de edad y se suicidó a los veintiocho años, después de algún tiempo de ideas depresivas de tonalidad esquizofrénica: le miraban porque no era normal sexualmente, y todo el mundo se daba cuenta. Además, en dos ocasiones, unas prostitutas hicieron públicamente un mal concepto de él, valorándolo como poco



hombre. Esto llegó a ser del dominio público. Cuando vió que no podía hacer una vida social normal se suicidó.

Los hermanos (1) B. (2) B. y (3) B., primos de nuestro enfermo, son solterones de más de cuarenta años, que viven casi en común, pero con intolerancia casi completa entre unos y otros. Por tanto, esta familia está constituida toda ella por personalidades anormales: (1) A., nunca comió delante de extraños, incluso, en muchas oca-

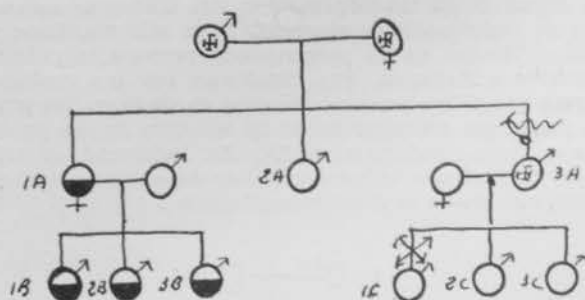


Fig. 7.—1 C, sujeto de nuestra casuística.

siones tenían que dejarle la comida en su habitación para que la comiera cuando le pareciera bien, dejando algunos días de comer en absoluto. (1) B. y (2) B., periódicamente, hacen tratamientos por su cuenta para mantener en buenas condiciones sus nervios. Comen, algunas veces, grandes cantidades de mariscos, porque tienen mucho fósforo —dicen— y es muy beneficioso para los nervios. Otras veces usan un baño tibio prolongado durante media o una hora "cuando se encuentran los nervios excitados". Por cierto, este baño lo hacen fuera de su domicilio "para no llamar la atención" (viven solos); para ello utilizan el servicio de baño que, para sus socios, tiene montado un círculo recreativo sevillano.

El hermano de nuestro cliente (2) C. tuvo también un episodio hace ahora un año: tristeza, reclusión en la casa, intranquilidad y ligera agitación, todo ello se presentó tras un ligero contratiempo en la economía del enfermo, pero dando la casualidad que al iniciarse la enfermedad acababa de cumplir los veintidós años. Es decir, que había una diferencia de tres meses en relación con la edad de (1) C. al iniciarse la enfermedad en este último.

Caso VII (fig. 8).—Se trata de hijos de primos hermanos con enfermedad esquizofrénica todos ellos. Los que indicamos con las cifras patronímicas: (1) E. (2) E. y (3) E. no fueron vistos por ningún médico con motivo de las alteraciones, rarezas, manías y demás síntomas psíquicos que siempre presentaron, excepción hecha de

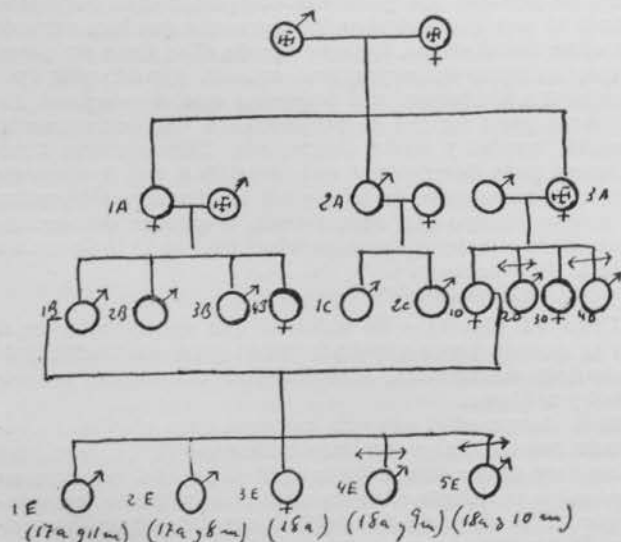


Fig. 8.—4 E y 5 E, sujetos de nuestra casuística. Las cifras entre paréntesis indican la edad en que comenzaron en cada uno los brotes tratados o alguna rareza, aunque éstas no se cataloguen como enfermedad.

una visita esporádica que hizo uno de nosotros a (3) E. Por el contrario, los otros dos (4) E. y (5) E. tuvieron que ser asistidos por presentar cada uno de ellos un brote caracterizado por excitación violenta, autoacusaciones, negativismo y autismo, con una duración aproximada de tres meses en cada enfermo, aunque yugulado el síndrome agudo rápidamente en cuanto se inició el tratamiento eléctrico. Las cifras que anotamos (figura 8), al lado de las patrocinadas, indican la edad a que se iniciaron los síntomas encubiertos en la enfermedad o la presentación del brote agudo.

Caso VIII (fig. 9).—Nuestro cliente es (1) B. Su madre tuvo varios accesos depresivos que los relacionaban con algunos partos. (1) B. tuvo su primer acceso maniaco a los veinticinco años de edad. Es posible que a los quince años tuviera algo que pasó rápidamente y que no fué controlado debidamente. La (2) B. murió de tifus exantemático sin haber presentado trastorno mental alguno, si prescindimos de los sintomáticos de esta enfermedad. (3) B. tuvo en su infancia un trastorno depresivo indeterminado, de corta duración, y un segundo estado depresivo intenso cuando estaba para cumplir los veinticinco años de edad, y que motivó su muerte por suicidio. La (4) B. también ha tenido depresiones, el primero, embarazada de su primer hijo, por tanto, posiblemente a los veinticinco años, ya que recuerda casó a los veinticuatro años y quedó embarazada al poco tiempo. (5) B.

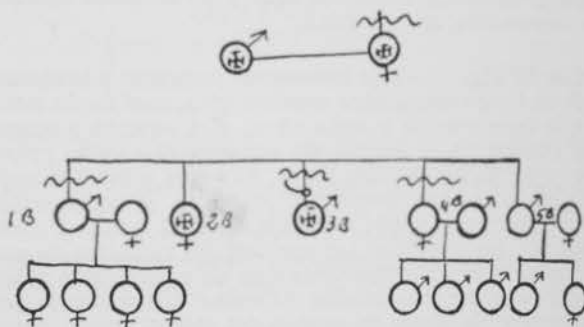


Fig. 9.—1 B, sujeto de nuestra casuística.

es normal, por lo menos hasta ahora, pero es muy activo y hablador, y alguna vez se preocupa demasiado por cosas triviales o por demasiadas enfermedades, teniendo que acudir a su hermana (4) B. para que lo anime, ya que ésta es persona muy activa y optimista cuando se encuentra en periodos de sanidad mental.

Otra característica de esta familia es el curso de los ataques de manía de (1) B. y de las depresiones de (4) B.: primer acceso maniaco de (1) B. a los veinticinco años. El segundo, a los veintisiete. Tercero, a los treinta. Cuarto, a los treinta y seis. Quinto, a los cuarenta y cinco. De este último abandonó el Sanatorio en los últimos días del pasado mes de agosto. El primer acceso depresivo de (4) B. se inició a los veinticinco años. El segundo, a los treinta años. El tercero, recientemente, a los cuarenta y uno cumplidos. Es decir, que las depresiones de esta enferma se inician, cada una, dejando entre ellas períodos de sanidad mucho más largos que los períodos de sanidad de un hermano maniaco. Pero coincidiendo en la edad de comienzo del primer ataque.

Caso IX (fig. 10).—El padre de (1) B. tuvo depresión a los cuarenta y seis años. (1) B. tuvo depresión por vez

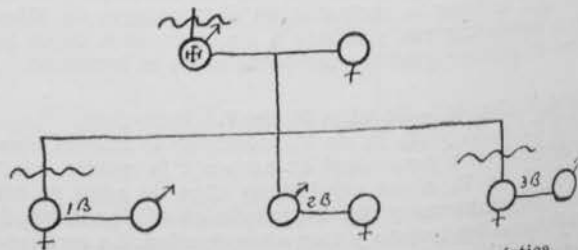


Fig. 10.—1 B y 3 B, sujetos de nuestra casuística.

primera en 1944, justamente cuando tenía cuarenta y seis años, y en enero de 1951 se trató del segundo acceso depresivo. Por otra parte, hemos tratado a la hermana (3) de B. de una depresión en 1949, cuando cumplía cuarenta y seis años, y tratamos la segunda depresión de ésta en julio de 1955.

Caso 10 (fig. 11).—Tres hermanos de madre epiléptica. La epilepsia de la madre casi cursó sin tratamiento, pues los ataques eran poco frecuentes. Al final de su vida tuvo un trastorno mental que, según dicen, no estuvo relacionado con la epilepsia. De las tres hermanas, la mayor es epiléptica y estuvo recluida en el Sanatorio de Miraflores durante una corta temporada por padecer estados crepusculares epilépticos que se presentaban después de los ataques, cuando éstos eran muy frecuentes. La hermana menor se encuentra en el Servicio de uno de nosotros, en el Sanatorio, desde el 13 de junio de 1951 con un síndrome paranoide esquizofrénico: todo lo que hace se lo mandan las musas. Su esposo no es Tirso (éste es el verdadero nombre del esposo), sino el Generalísimo Franco. El guardia también era Franco (un guardia con el que tuvo relaciones sexuales hace muchos años).

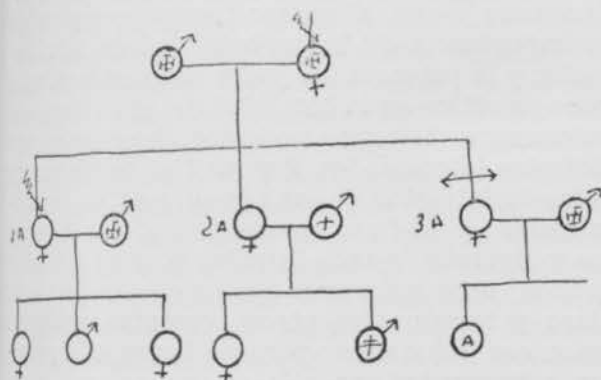


Fig. 11.—1 A y 3 A, sujetos de nuestra casuística.

La conducta de esta enferma es completamente anormal desde que cumplió los diecisiete o dieciocho años de edad. El período más silencioso de la enfermedad ha sido desde los treinta a los treinta y nueve años, edad a la que se casó. La epilepsia de la hermana mayor se inició a los dieciséis años de edad; entonces fué cuando le dió el primer ataque de gran mal. Desde los veinticinco años de edad comenzó a tratarse la enfermedad, siguiéndolo con distintas anomalías hasta la edad de veintinueve años; pero sin conseguir que los ataques desaparecieran totalmente. Desde los treinta y uno a los cuarenta años de edad tiene un período silencioso, pues casi no le dan ataques durante este tiempo; como consecuencia de ello durante este período de tiempo casi no hace ninguna clase de tratamiento, aunque siempre hizo mal tratamiento, sobre todo en cuanto a constancia en tomar los medicamentos se refiere. Desde los cuarenta años de edad vuelve a presentarse la enfermedad, haciéndolo ahora con la mayor intensidad conocida por la enferma. Muchos días tiene tres y cuatro ataques, incluso haciendo un poco mejor el tratamiento que en otras épocas. Además, por este tiempo se inician los estados crepusculares, con inconsciencia y agresividad, y comienza, también, una rápida demencia. Este estado final es el que observamos durante la corta temporada que tuvimos a la enferma en nuestro Servicio de Miroflores.

### III

Si ahora hacemos un examen de estos diez casos, prototipos de otros muchos que podríamos relatar, y que creemos presentes en la casuística de cualquier psiquiatra con años de ejercicio, podemos agruparlos en distintos apartados, cada uno de los cuales tiene características que le son

propias y comunes. Principalmente podríamos hacer dos grupos: uno, en el que reuniríamos los primeros cuatro casos relatados, que tienen entre sí la característica primordial de que han sido cuadros psicóticos presentados al mismo tiempo en personas que convivían en una misma familia. Y un segundo grupo, en el que debemos incluir a todos los demás, aunque, como luego veremos, habrá que hacer algunas aclaraciones sobre algún caso en particular.

Tiene el primer grupo, insistiendo sobre lo ya dicho, una característica propia: que la enfermedad se presenta en el mismo momento en dos parientes, de distintas edades, de una misma familia, en los que fácilmente podemos notar la importancia que tiene la convivencia, el parentesco y el *genotropismo*, según el pensamiento de SZONDI. Claro es que SZONDI habla de la necesidad de la copulación de los conductores de los genes recesivos; pero también en nuestros casos podría haber existido esta copulación y estar nosotros presenciando el momento de sus consecuencias, porque en estos casos de psicosis *sincrónicas*, que pudiéramos llamar, o seguir llamando, como antes, *psicosis inducidas*, no solamente existe un factor genotrópico a transmitir por los psicóticos que estudiamos, sino que ya existía en los progenitores y, por esta razón, no es circunstancial ni producto del azar la eclosión de la psicosis en dos hermanos, en dos primos o en otras dos personas de una misma familia, sino que ya vienen genéticamente predestinadas a padecer la psicosis aquellas dos personas e incluso quizá tendremos que admitir que este genotropismo condicionaría la necesidad de la convivencia, determinada por la atracción mutua que en nuestros pares de enfermos se ve claramente manifiesta. Y no cabe duda que esta atracción no es casual, porque, si lo fuera también podría ser válida para otros pares de parientes y, sin embargo, no se dan los mismos fenómenos cuando los enfermos varían de medios familiares. Lo que sí ocurre al imponer un cambio de medio familiar es que no se dan las mismas condiciones de atracción, ni se presentan condiciones de simpatía en las mismas formas activas que cuando se relacionaron los dos psicóticos. Por tanto, para nosotros, lo que ocurre es que la acción de estos genes encubiertos, y de este genotropismo subconsciente se van sumando con la otra acción prolongada y continuada del tiempo en la convivencia, dando por resultado que cuando llega a nosotros uno de estos casos sea prácticamente imposible determinar cuál es la persona inducida y cuál es la inductora, aunque, posteriormente, podamos deducir cuál fué al observar que alguna de ellas reproduce más o menos intensamente el síndrome aun separada de la otra parte.

Queremos insistir sobre lo que de manera repetida veníamos leyendo en la literatura sobre genética y, sobre todo, de genética psiquiátrica. Pero no queremos repetir lo que reiteradamente escriben otros sobre las deducciones sacadas



después de estudiar la herencia en gemelos, y menos reincidir en lo que muchos hicieron al referirse a los trabajos de von VERSCHUER, CURTIUS, BONNEVIE y ECKERT, por un lado, y LUXEMBURGER, MEYER, WEINBERG y, últimamente, KALLMANN, por otra parte, sino que nos circunscribiremos a dar nuestra impresión sobre los hechos derivados del estudio de nuestros enfermos. Por eso queremos, aunque sea machacar sobre lo ya remachado, que en todos nuestros enfermos son valederos los conceptos de la *probabilidad de manifestación*, y derivada de ella la potencia del poder de penetración del gene psicótico en la totalidad de la personalidad del individuo que enferma para venir a decir de nuevo la gran importancia que, del examen de nuestros casos, se deduce que tienen el genotropismo y la convivencia. Consideramos, con ello, que son las dos piedras angulares que condicionan la presentación de las psicosis que hemos venido en denominar *sincrónicas* o, si se quiere, de las psicosis inducidas, con lo que no valoramos, y queremos recalcarlo así, la posibilidad del contagio mental como casualidad circunstancial, sino como predestinación que viene condicionada por factores propios de la persona, a los que se unen los factores ambientales y de proximidad, pero siempre siendo primordiales los primeros. Incluso hay que pensar que alguno de estos factores, sobre todo el de la convivencia, también está condicionado por los primeros, por los factores personales.

En el segundo grupo de nuestras historias clínicas se presenta otra circunstancia distinta: la psicosis brota en momentos distintos, pero coincide con la edad. A una misma edad surge la enfermedad en varios miembros de una misma familia.

Ya REY ARDID nos ha relatado, recientemente, casos de esquizofrenia familiar múltiple; pero nuestra tendencia solamente va dirigida a reavivar lo que ya se ha observado en relación con la edad de presentación de una psicosis, sea o no esquizofrénica, en miembros de una misma familia, conservando para estos casos el nombre de psicosis *homocronas*.

Realmente se repite con frecuencia, a lo largo de la extensa literatura psiquiátrica, la citación del término *homocrono*, cuando se relatan historias clínicas de enfermos psicóticos dentro de una misma familia; pero en todo caso, nuestra casuística tendría el valor de constituir un nuevo aporte clínico que podrá servir para confirmar o desvalorar una hipótesis. Y llegado a este punto tenemos que volver a meternos en el campo de la genética y no dejar de anotar que desde HAMMOND, en su "Historia de la locura", por no precipitarnos en tiempos más lejanos, hasta FREUD, JUNG, SZONDI y KALLMANN, asimismo como BEHER, BERWALD y LENZ, que seguían métodos distintos a WEINBERG, y lo mismo que POHLISCH, BAUER, ASCHNER, KURT SCHNEIDER, LEWIS, RIBEIRO, CRESPO y BURTON indicaban con más o menos insistencia algo sobre el homocro-

nismo de las psicosis y sobre la genética de las mismas. Porque la importancia del factor genético es decisiva en psiquiatría; sin MENDEL no podemos andar, y el mismo KRAEPELIN no hubiera hecho su nosología psiquiátrica sin tener en cuenta la herencia en los enfermos mentales. Porque fundándonos en los mismos motivos que anteriormente usábamos para las psicosis *sincrónicas* podemos en estas psicosis *homocronas* hablar de la misma manera y casi repetir lo que decíamos anteriormente: Que el genotropismo juega su importante papel en la presentación de estas psicosis y en el momento en que hacen esta presentación en los distintos individuos de una misma familia, donde se dan varios casos de psicosis homocronas. Y si pasamos la vista sobre los distintos casos relatados en nuestra casuística, tendremos que anotar dos hechos principales que vienen a comprobar nuestras deducciones y que, al mismo tiempo, comprueban la importancia de la probabilidad de manifestación y la potencia del poder de penetración del gene psicótico en la totalidad del individuo, que en nuestras historias podemos observar en sus distintas intensidades. Porque fácilmente vemos cómo la totalidad de las familias están "contaminadas" y la "contaminación" afecta a todos los individuos de cada familia; pero en distintos grados: unos enferman con un cuadro psicótico claro y terminante; otros presentan síntomas psíquicos indudables; pero no llegan a la psicosis, o se quedan tan sólo en una psicosis mitis (recordando a MARCO MERENCIANO). Total, en unos casos el gene psicótico ha invadido totalmente la personalidad del individuo, y ésta ha enfermado globalmente. En los otros no ha existido una penetración tan total, la contaminación no ha sido masiva y el individuo se mantiene, con ciertos inconvenientes, dentro de las normas que lo hacen todo lo más algo raro, entre sus semejantes, pero no completamente anormal. En los dos casos podemos ver la misma clase de hechos con distintas intensidades de manifestación.

Repetiremos una vez más que no podemos, científicamente, pensar en el azar, que la casualidad no existe, que vienen estos seres al mundo predestinados a lo que va a ocurrir. En ellos, un examen detenido, practicado con mucha antelación a la presentación de las verdaderas manifestaciones clínicas de la enfermedad mental, nos daría la convicción de que ya estábamos ante un esquizofrénico, por ejemplo: deduciendo que las manifestaciones claras y concretas de la enfermedad se presentaron en fecha próxima, que sólo es un problema de tiempo. Y este tiempo que es necesario para que madure la fruta, es también necesario para que madure la enfermedad y se ponga a punto. Esta puesta a punto no cabe duda que, es de lógica pensarlo, será similar en una serie de personas que estén predestinadas a padecer alguna enfermedad de esta clase; entonces, en una misma familia, todavía será mayor la coincidencia de la presentación de

la psicosis al llegar a una misma edad los individuos de la familia que la tengan que padecer. De todo esto deducimos que no solamente tiene una importancia la herencia en la determinación de la clase de psicosis que van a padecer unos miembros de una determinada familia, sino que es también importante su aporte a lo que pudiéramos denominar elección del momento de presentación de la sintomatología fundamental, en todo cuanto se refiera al curso y a la evolución de la enfermedad y a la terminación por curación o a la incurabilidad de la misma, siendo, naturalmente más importante la presencia del gene psicótico transmitido, que todo lo demás; o por mejor decir, lo demás es consecuencia de lo primero, que es primario, fundamental y trascendental.

Para el final queremos dejar un comentario especial para nuestra última familia, el caso número 10, en la cual se da el fenómeno de que de una madre epiléptica hay tres hijas: la mayor es epiléptica, muy demenciada; la segunda, sana (?), y la tercera es una esquizofrénica muy deteriorada, sin ninguna respuesta favorable a ninguno de los tratamientos practicados. Pues bien, aquí podríamos hacer dos clases de comentarios: por una parte valdría la pena dejar, de pasada, unos simples comentarios sobre la interpretación epiléptica de la esquizofrenia. Digo solamente anotar de pasada, porque necesitaríamos mucho espacio para dar la interpretación debida a nuestras ideas sobre el particular.

Por otro lado tendríamos que destacar la coincidencia en el tiempo de ambos síndromes distintos; coincidencia que incluso se manifiesta en los distintos estadios de la evolución de ambos síndromes y también son manifiestos la permanencia de ambas enfermedades con iguales características pronósticas en la actualidad; uniéndose a este comentario otro de la misma índole y complementario, en el que debemos destacar estos detalles nosográficos: hermana epiléptica; hermana sana (?), con pegajosidad, prolijidad y cierta tendencia a manifestar ideas de perjuicio y ciertas tendencias querellantes, y hermana esquizofrénica paranoide. Si valoramos la personalidad del padre de estas enfermas, del que todavía no hemos hablado, se nos aclararán muchos puntos dudosos de esta historia familiar. Se trataba de una persona rara, excéntrico y paranoide, con un delirio de celos muy claro que hizo que terminara su vida en un manicomio. Por tanto, en esta familia se ha dado un caso de herencia patológica con participación casi exclusiva del gene patógeno materno (hija epiléptica). Un segundo caso de participación de los dos genes patógenos (hija normal (?), con personalidad mezclada) y, por último, la tercera hija, con personalidad muy patológica, esquizofrénica, con todas las características de la incurabilidad. En cada uno de estos tres casos se ve: una impregnación total e intensa de la personalidad de dos enfermas, cada una de ellas por un gene patógeno heredado casi en estado de pureza, de tal

forma que en el transcurso de los años ha ocasionado la total deteriorización de cada una de las personalidades afectadas, cada una en el sentido de cada gene preponderante; en el tercer caso se ha dado la mezcolanza de los dos genes de tal forma que se han contrarrestado en sus efectos, y podremos asegurar que la persona que tiene estas características nunca enfermará de la manera que las otras dos hermanas, manteniéndose, por el contrario, en esta medianía oscilante entre las dos enfermedades y la normalidad.

#### RESUMEN.

Relatamos diez historias clínicas familiares que apartamos en dos grupos: uno constituido por aquellas que denominamos psicosis sincrónicas, que son las que un mismo síndrome psicótico ha hecho su aparición al mismo tiempo en dos personas pertenecientes a una misma familia y que convivían, y otro grupo constituido por lo que llamamos psicosis homocronas, en el que se da la circunstancia de presentarse una misma psicosis—incluso, alguna vez, un síndrome diferente—en varios miembros de una misma familia, al llegar dichos individuos a una misma edad. Por último, se hacen unas consideraciones sobre genética psiquiátrica en relación con el determinismo de estos grupos de psicosis.

#### BIBLIOGRAFIA

- AUSTREGESILLO, A.—Folia Clin. Intern., 2, 107; 1952.  
BURTON, R.—Anatomía de la melancolía. Colección Austral.  
CABALEIRO GOAS, M.—Problemas actuales de las psicosis esquizofrénicas. Ed. Paz Montalvo, 1953.  
GESSELL, A.—Cap. IV del Manual de Psicología del Niño, páginas 254 y sigs. Ed. Seix. Barcelona, 1935.  
GOLDBLAT, H., y ZIPES, A.—Archiv. f. Psychiat. und Nervenkrankh., 93, 3; 1931.  
HAMMOND, G. A.—Tratado de la locura en sus relaciones médicas. Traducido del inglés por F. Toledo. Madrid, 1888.  
LEWIN, K.—Cap. XIV del Manual de Psicología del Niño, páginas 735 y sigs. Ed. Seix. Barcelona, 1935.  
LEWIS, N. D. C.—Research in Dementia Praecox: Past Attainments, Present Trends and Future Possibilities. New York: National Committee Mental Hygiene, 1938.  
LÓPEZ IBOR, J. J.—Los problemas de las enfermedades mentales. Ed. Labor, S. A. Barcelona, Madrid, Buenos Aires, Río de Janeiro, 1949.  
LÓPEZ IBOR, J. J.—La angustia vital. Ed. Paz Montalvo. Madrid, 1950.  
MARCO MERENCIANO, F.—Esquizofrenias paranoides. Monografías "Miguel Servet". Ed. Miguel Servet. Madrid, Barcelona, 1942.  
MARCO MERENCIANO, F.—Psicosis Mitis. Madrid, 1946.  
REY ARDID, R.—Archiv. Neurobiol., 18, 603; 1955. (Véase la bibliografía de este artículo.)  
RIBEIRO, R.—As esquizofrenias. Pernambuco, Brazil. Sanatorio Recife, rua de Padre Ingles; 1940.  
SCHNEIDER, K.—Psychiatrische Vorlesungen Für Ärzte. Leipzig, Georg. Thieme; 1938.  
SOLÉ SAGARRA, J.—Actas Luso-Esp. Neurol. y Psiquiat., 7, 131; 1948.  
SOTO YARRITU, F.—El destino humano como problema científico. Diputación Foral de Navarra. Institución Príncipe de Viana. Madrid, 1 de abril de 1953.  
VALLEJO NÁJERA, A.—Niños y jóvenes anormales. Sociedad de Educación "Atenas", S. A. Madrid, 1940.  
VALLEJO NÁJERA, A.—Tratado de Psiquiatría. Salvat, editores. Barcelona, Buenos Aires; 1945.  
VON VERSCHUER, FRHR.—La biología de los gemelos. Acta Médica, 1, 65; 1941.

#### SUMMARY

Ten familial case histories are reported. They are divided into two groups. A group is made up by those cases known as synchronous psychoses, i. e. those in which a given psychotic



syndrome occurs at the same time in two members of the same family. The other group is composed of those cases known as homochronous psychoses in which the same psychosis (sometimes even a different syndrome) occurs at the same age in several members of the same family in successive generations. Finally, some comments are made concerning psychiatric genetics in relation to the underlying causes of such groups of psychoses.

### ZUSAMMENFASSUNG

Es werden die Krankengeschichten von 10 Familien beschrieben, und diese in zwei Gruppen eingeteilt. Bei einer Gruppe handelt es sich um die sogenannte synchronische Psychose, d. h., wenn ein psychotische Syndrom bei zwei Mitgliedern derselben Familie gleichzeitig auftritt und bei der anderen Gruppe besteht die sogenannte Psychose homochronischer Art, bei welcher ein und dieselbe Psychose (und sogar manchmal ein ganz verschiedenes Syndrom) bei einigen Mitgliedern derselben Familie auftritt, wenn sie ein gewisses Alter erreichen. Zuletzt wird die psychiatrische Entstehung im Zusammenhang mit dem Determinismus dieser Gruppen der Psychose erwogen.

### RÉSUMÉ

10 histoires cliniques, familiales, divisées en 2 groupes. L'un formé par les dites "psychoses synchroniques" c'est à dire celles où un même syndrome psychotique se présente en même temps chez deux personnes d'une même famille; l'autre groupe formé par ce que l'on nomme "psychoses homocrones" où il se présente une même psychose (même parfois un syndrome différent) dans plusieurs membres d'une même famille, lorsqu'ils arrivent à un certain âge.

On fait, enfin, quelques considérations sur génétique psychiatrique en rapport avec le déterminisme de ces groupes de psychoses.

## ANEMIAS AVANZADAS

### *Fisiopatología y orientación terapéutica.*

PLUTARCO NARANJO.

Facultad de Medicina. Universidad del Valle.  
Cali (Colombia).

Aunque la frecuencia de las anemias es bastante grande en todo el mundo, sólo en un pequeño porcentaje de pacientes el valor de la hemoglobina desciende a menos del 50 por 100 de lo normal. STURGIS<sup>1</sup>, en un estudio estadístico, en-

contró que el 59 por 100 de los casos correspondía a "anemia simple crónica"; BATY<sup>2</sup> encontró entre niños e infantes que el 49 por 100 de los casos correspondía a anemia de infección; DIAMONT<sup>3</sup>, sobre 3.000 casos, encontró que un 61 por 100 correspondía a anemia secundaria a la infección. La llamada "anemia de infección" sería, pues, una de las formas más comunes de la anemia. En la anemia de infección sólo excepcionalmente disminuye la hemoglobina a menos del 50 por 100 de lo normal. En las zonas tropicales, en cambio, hay anemias en las que el valor de la hemoglobina llega a cifras tan bajas como 2 gr/100 c. c. de sangre y aún menos. En las llamadas "anemias tropicales", debidas a poliparasitismo, que generalmente se asocia a deficiencias nutricionales, no es raro encontrar estas anemias con bajo nivel de hemoglobina.

*Concepto de "anemia avanzada".*—Se ha encontrado<sup>4</sup> y<sup>5</sup>, que sea cualquiera el tipo de anemia crónica, cuando la disminución de la hemoglobina no excede de 8 gr/100 c. c. de sangre, la circulación y la respiración conservan caracteres normales. Cuando la hemoglobina desciende a 8 gr/100, aparecen alteraciones circulatorias, y más tarde, también alteraciones respiratorias. Mientras más avanzada es la anemia, en el sentido de un más bajo contenido de hemoglobina, los trastornos circulatorios son más intensos.

Proponemos la denominación de "anemia avanzada" para aquella que se acompaña de alteraciones circulatorias que se manifiestan, especialmente por aumento de la velocidad de circulación y aumento del trabajo cardíaco. Podríase, por lo mismo considerar como "anemia avanzada" a aquella cuyo nivel de hemoglobina es inferior a 8 gr/100.

### 1. PRINCIPALES ALTERACIONES CIRCULATORIAS.

Las principales alteraciones circulatorias que se producen en las anemias avanzadas crónicas son las siguientes:

1. *Frecuencia del pulso.*—La frecuencia del pulso, especialmente en reposo, es normal hasta los 8 gr. de hemoglobina/100. A partir de este nivel la frecuencia del pulso comienza a aumentar, como puede verse en la figura 1, llegando hasta 95 y 100 latidos por minuto, para valores de 2 gr. de hemoglobina/100. Sin embargo, en condiciones basales, aun para niveles de hemoglobina de hasta 3 ó 4 gr./100 puede encontrarse una frecuencia muy poco aumentada de la normal, oscilando entre 80 y 90 por minuto. Lo más notorio en todos los pacientes es la apreciable disminución de la reserva funcional. Ejercicios físicos ligeros, como flexión de las rodillas, que en individuos normales produce un aumento de la frecuencia del pulso de aproximadamente 10 por minuto, y que se normaliza antes de los cinco minutos subsiguientes al ejercicio; en los anémicos con menos de 8 gr. de hemoglobina/100