

En esta enferma creemos que su litiasis tiene muy poco que ver en su complejo cuadro, pues presenta un marcado fondo psiconeurótico, es reacia a seguir las prescripciones médicas si están en contraposición con sus diagnósticos preestablecidos y en cambio toma hipnóticos "larga manu" e inyecciones de pantopón según sus prescripciones.

Caso núm. 8. Josefa B., sesenta y un años, 15-V-48. Desde hace más de tres años, molestias diarias, excepto en los veranos en que se traslada a Rioja (de donde es natural), pues allí se encuentra muy bien, empezando a notar la mejoría en el tren a medida que se va



Fig. 8.

acercando a su destino. Anorexia, plenitud y pesadez en seguida de la ingesta. Erupts abundantes y ruidosos. "Cree que la comida se le queda detenida en el lado derecho, como si el estómago estuviese inclinado hacia allá." "Tirantez en todo el lado izquierdo, desde la nuca hasta la pierna." "Tengo mala edad para curarme", afirma.

Exploración.—Normal, incluso radiología gastroduodenal, salvo una gran cámara de aire gástrica por aerofagia. Colecistografía: Positiva, apreciándose una imagen de cálculo solitario en fondo vesicular (fig. 8).

En este caso creemos también que su litiasis biliar es inocente, pues después de practicada la colecistografía nos dice que tiene grandes disgustos familiares y nostalgia de su tierra natal, que con toda seguridad son la causa de sus molestias.

Después de exponer estas historias clínicas abundamos en lo indicado anteriormente, es decir, que la colelitiasis puede evolucionar solamente con molestias dispépticas, o con molestias vagas intercaladas entre los cólicos: pero repetimos: Ante una historia de molestias im-

precisas, es el criterio y el buen juicio clínico del médico el que en definitiva debe resolver si procede la intervención, ya que las molestias no debidas a la colelitiasis persistirían y no sería justo achacarlas a "enfermedad post-colecistectomía", sino a una indicación quirúrgica improcedente.

SUMMARY

The paper consists of eight cases of acute calculous cholecystitis. It is emphasised that some of these cases may develop with vague symptoms of dyspepsia only, which appear between two attacks of colic. This implies that a detailed analysis of the clinical picture should precede diagnosis and indication of surgical treatment.

ZUSAMMENFASSUNG

Bei Vorstellung von 8 Gallensteinfällen wird darauf aufmerksam gemacht, wie diese ausserhalb der Kolikperioden nur mit ganz vagen, dyspeptischen Beschwerden einhergehen können. Es muss deshalb vor der Diagnosestellung und Indikation zur Operation eine genaue Untersuchung des klinischen Bildes vorgenommen werden.

RÉSUMÉ

On présente 8 cas de cholecystite calculeuse, faisant ressortir que plusieurs de ces cas peuvent évoluer par de simples malaises, dyspeptiques intercalés entre les coliques. Ceci oblige à faire une analyse minutieuse du tableau clinique avant de faire le diagnostic et proposer l'intervention chirurgicale.

EL NARCOANALISIS CON BENCEDRINA (*)

B. RODRÍGUEZ-ARIAS.

Instituto Neurológico Municipal de Barcelona.
Profesor: B. RODRÍGUEZ-ARIAS.

El narcoanálisis, como hemos demostrado ya con reiteración, tiene una utilidad creciente en Neurología.

Método exploratorio de fundamento predominantemente psicológico, ensanchó su campo de acción en los dominios de la Psiquiatría a partir de la segunda guerra mundial. Procedimiento curativo de efectos inmediatos y en extremo brillantes, viene imponiéndose en el tratamiento de las psicosis y de las neurosis desde que KLÄSSI dió a conocer su método de la narcosis prolongada. Recurso de excepcional valor cuando se pretende vencer la oposición formal o circunstancial a un interrogatorio in-

(*) Comunicación presentada y discutida en la sesión anual (2 febrero de 1952) de la Sociedad Española de Neurología. Barcelona.

tencionado, fué utilizado una y más veces en la práctica médico-legal de la postguerra, agobiante y complicada a todos los efectos clínicos.

El narcoanálisis—así diagnóstico como pronóstico y terapéutico—se vale para conseguir los mismos resultados, y dentro de la finalidad apetecida, de las técnicas más dispares.

Hace un siglo las primeras drogas preconizadas diferían mucho según las épocas y los lugares en que se aconsejaban y administraban. Hoy día ocurre exactamente igual:

Idénticos productos medicamentosos, hipnóticos y euforizantes, bien que con las diferencias impuestas por la terapéutica al uso—las propias de las centurias XIX y XX—, son los que entran en juego en la actuación clínica diaria.

El éter y el alcohol se conservan—aureolados por la fama—todavía. Y algunos alcaloides también. Pero era natural que se añadieran otros fármacos—signo de los tiempos—cuál los barbitúricos y las aminas sintéticas estimulantes (del sistema nervioso).

Así las cosas, nada tiene de particular que los iniciales ensayos narcoanalíticos, con escopolamina y con barbitúricos, frente a los problemas diagnósticos planteados por la asociación de signos orgánicos y de manifestaciones funcionales en numerosos enfermos neurológicos, que datan precisamente de 1922-1930, se hayan reactualizado ahora, tanto más cuanto que se vuelve a sentir la necesidad de separar lo orgánico “per se” de lo neurótico “sobreañadido” (de esas “superestructuras psicógenas” para muchos) y que se oye cada día—de labios de los psicólogos médicos, de los psiquiatras clínicos y de los neuropsiquiatras—la brillantez de los resultados atribuídos a la inyección de barbitúricos de acción rápida, entre otros, además de poder contar con la ayuda de un fármaco excepcional cuál la bencedrina.

En efecto, la pura delimitación de un síndrome piramidal deficitario, la reactivación de una disritmia comicial y la comprobación farmacodinámica de una vagotonía—para no citar más que tres ejemplos, eso sí, del todo convincentes, de las virtudes del narcoanálisis con finalidad diagnóstica en Neurología—dependerían en realidad de nuestro virtuosismo exploratorio cuando no se quisiera limitar a los cánones rutinarios.

El alcohol por aquello de “in vino veritas”, los barbitúricos de acción rápida (amital, evipán, pentotal y nembutal, sobre todo), el cloruro de etilo y la bencedrina, son—siquiera para nosotros—los más manejables y los más a propósito para ser empleados en serie, tanto en la clientela áurea como en las consultas hospitalarias públicas.

Y aunque en el Instituto Neurológico—desde hace más de cinco años—hemos echado mano para las necesidades profesionales que surgen día tras día del alcohol, del pentotal o de sus similares, del cloruro de etilo y de la bencedri-

na, la gran propaganda que se ha dedicado recientemente a los llamados “choques” bencedrinos y la sencillez y comodidad que supone una inhalación de cloruro de etilo—más que nada si debe vencerse la resistencia que ofrecen los supuestos o reales accidentados de trabajo—, nos ha llevado insensiblemente a marcar una preferencia y a destacar un mecanismo farmacodinámico inconfundible.

La preferencia—nunca exclusividad y mucho menos censurable monotonía de subjetivista—se acostumbra a dar cuando, ante una duda en la elección de técnica, más bien recurrimos con criterio propio al cloruro de etilo. Hemos probado que la inhalación de este producto simplifica y facilita mucho el diagnóstico narcoanalítico. Pero hemos de decir también que se trata de una técnica inédita u original, harto interesante para que renunciamos a incorporarla al acervo neurológico.

Hoy, no obstante, deseamos pasarla por alto con el fin de que se matice bien—a tenor de las enseñanzas recogidas—la significación neurológica asignada en nuestra personal experiencia a la prueba de la bencedrina, prueba doble (a los efectos diagnósticos) por su evidente estimulación del tono simpático y por sus no menos evidentes consecuencias euforizantes en la esfera psíquica.

He aquí las razones por las cuales queremos contribuir—a través de esta comunicación—a precisar las indicaciones y los resultados obtenidos con el narcoanálisis bencedrínico en Clínica neurológica.

Vale la pena de que advirtamos en seguida que no nos interesa el aspecto psiquiátrico del problema. Trabajamos en un Instituto neurológico y asistimos enfermos no precisamente mentales, sino distónicos vegetativos, organoneuróticos, migrañosos y epilépticos, además de los clásicos tributarios de los Servicios neurológicos.

Conviene que declaremos, de otra parte, la falta de documentación bibliográfica orientadora o previa, dado que todo lo investigado y anotado no ha traspasado aún los límites del área original—modesta y callada, sí, pero original—, y que no nos han guiado meros afanes de comprobación de resultados ajenos.

En este sentido, pues, el “narcoanálisis con bencedrina” supondrá parte de la documentación narcoanalítica personal y el aspecto o utilidad—desde el punto de vista neurológico—que ha de concederse a este trascendental agente químico.

TÉCNICA DE LA PRUEBA (NARCOANÁLISIS O NARCO-EXAMEN).

He aquí las precauciones iniciales que consideramos de rigor, es decir, que adoptamos como inexcusables: 1.º Practicar la prueba de cinco a seis horas después de haber ingerido alimen-

to o bien en ayunas. 2.^a Hacer guardar un reposo previo (físico y psíquico) de unos quince minutos de duración y evacuar, también previamente, la vejiga y el recto. 3.^a Tener al paciente en posición semiechada (butaca) u horizontal (sofá). 4.^a Utilizar una habitación aislada, sin ruidos prácticamente y con poca luz. 5.^a Saber prescindir de testigos, o sea mantener al sujeto a solas mientras dura el examen; y 6.^a Poder asegurar más que nunca que la exploración resulte del todo objetiva y secreta.

En seguida acostumbramos a inyectar por vía intravenosa 20 a 40 mg. de cualquiera de los preparados bencedrínicos nacionales (idénticos, "mutatis mutandi", al "pervitin" alemán, a la "amfetamina" o bencedrina de los países anglosajones o a los que se prescriben en otras naciones con infinitas modalidades de orden químico y farmacológico y con nombres variados). No precisa que el medicamento—que se halla diluido a la proporción de 5 a 10 mg. por cm³—sea inyectado lentamente. Conviene advertir, además, que no nos gusta la presencia de otros facultativos y enfermeras.

Antes, durante y después de la prueba anotamos las cifras de la presión arterial, de las pulsaciones y de las respiraciones, así como el más nimio detalle de las interminables sensaciones que experimenta el enfermo, sus revelaciones espontáneamente conseguidas o al tiempo de interrogarle con discreción (en busca de motivos psicogénos), aparte de proceder a su examen neurológico, para comprobar el sentido y el alcance de la respuesta vegetativa y de los cambios que ofrezcan—signos comparativos—la motilidad, los reflejos, el tono muscular, la sensibilidad y las restantes funciones a cargo del sistema nervioso cerebroespinal.

Prolongamos dicho examen, siempre, dos a tres horas, con el fin de llegar a captar—de una parte—las oscilaciones sintomatológicas en forma de curva, expresada gráficamente, y de reducir al mínimo—de otra parte—las molestias derivadas del "choque" vegetativo. Un lapso de tiempo más corto, inferior a dos horas, pecaría de insuficiente a los efectos exploratorios y de incómodo o desagradable para el examinando.

Aconsejamos luego un paseo al aire libre de una hora, la ingestión de líquidos y una comida harto frugal. En principio, el hambre que se acusa resulta engañosa. Vale la pena de insistir, por tanto, en que no se dejen guiar por el falso apetito o por la mera circunstancia de encontrarnos en ayunas.

Recomendamos, en fin, que a la hora de cenar se consuman de 20 a 40 cg. de luminal o preparado similar, para ver de corregir—y aun así tan sólo parcialmente—el insomnio causado por la bencedrina. De vez en cuando, algunos vagotónicos duermen mejor a continuación de la prueba farmacodinámica, al normalizárseles sin duda el tono neurovegetativo perturbado.

A las 24-48 horas muchos pacientes declaran

sentirse mejorados, en pleno bienestar. Claro está que todo depende, en fin de cuentas, de que sean vagotónicos o simpaticotónicos. Los primeros suspiran, entusiasmados, por el beneficio obtenido. Y los segundos, excitados e inquietos, no se cansan ni se afligen tan fácilmente.

La poliuria y el deseo de evacuar son poco menos que inmediatos y constantes. Y análogamente la cefalea, el "exceso de nerviosidad", la "locuacidad" y el insomnio. Estos trastornos, aunque persistan más de lo debido, carecen de significación y de importancia.

Hasta el momento actual no hemos querido combinar esta prueba con la electroencefalografía anterior o posterior y no nos hemos decidido a emplearla como método de reactivación de posibles disritmias. Tampoco hemos procedido a determinar conexamente el metabolismo basal, las constantes químicas en sangre (glucemia sobre todo) y las variaciones en la orina.

A diferencia de lo que ocurre al usar hipnóticos y anestésicos o incluso ciertos productos euforizantes (alcohol y éter), los sometidos a la prueba de la bencedrina no olvidan (amnesia) sus relatos ni sus contestaciones al médico.

El capítulo de incidentes y de complicaciones de toda índole es nulo para nosotros. Bien es verdad que renunciamos a la aplicación de este método narcoanalítico en los casos de hipertensión arterial, de esclerosis vascular ostensible, de neuropatías graves, de caquéticos y en general de los que habría que calificar de塔rados.

SINTOMATOLOGÍA FARMACODINÁMICA.

La peculiar de este método narcoanalítico conviene dividirla en dos grandes grupos: a) Alteraciones somáticas; y b) Desórdenes psíquicos.

Área somática.—La presión arterial asciende con rapidez en contados minutos, y lo mismo la sistólica que la diastólica. No se modifica la diferencial, sin embargo. A los quince minutos, aproximadamente, comienza el descenso de una manera poco uniforme, y terminada la prueba marca un límite algo superior al del punto de partida (1-2 cm. de mercurio).

A una taquicardia muy fugaz sucede de ordinario una ostensible bradicardia, que persiste bastante rato.

Aumenta en general el número de respiraciones, que se hacen más superficiales y a veces arrítmicas.

La aparición de fiebre, febrícula, no viene a ser muy constante.

Tampoco la sensación de carraspera, con o sin tos.

En cambio, la impresión de calor cefálico y de frío en las extremidades, acompañada de rubor facial, de palidez en las manos y muy a menudo de escalofríos, de cefalalgia (occipital,

frontal, difusa, atroz, pulsátil—cuál si fuera a estallar el cráneo—o soportable), de acropares-tesias, de aumento de la reflectividad a cargo de los pilo-motores y de un estado indefinido de inquietud corporal, bien que variables en cuanto a intensidad de las manifestaciones, aparecen harto constantemente.

La sequedad de boca, la opresión precordial, la disnea, los suspiros, los movimientos peristálticos y la necesidad imperiosa de orinar, se dan más o menos absoluta y frecuentemente.

Como también una astenia o “flojedad” repentina y un gran bienestar ulterior, terminal.

Excepcionalmente, algún enfermo tiende a conciliar el sueño.

La midriasis deja de comprobarse pocas veces. Lo mismo que una discreta variación en el tamaño de la hendidura palpebral.

Esfera psíquica.—La inquietud motriz lleva aparejada muy a menudo una gran ansiedad o una impresionante angustia (transitorias).

El sujeto se comporta de ordinario como un embriagado, sea con euforia imponente, verbosidad espontánea e inducida, disminución o pérdida del gobierno afectivo (crisis súbita de llanto y más tarde de risa, tristeza y alegría entremezcladas e inseguras) y acusada inestabilidad motriz y psíquica, sea con muestras de gran afectuosidad, deseos incoercibles de contar y de comentar lo sucedido en su vida (trátese de fracasos o contratiempos, de reproches, de ambiciones, de declaraciones íntimas, etc.) y sentimiento de confianza en el porvenir.

En ocasiones no puede dominar un arrebato de irritabilidad y protesta, insulta o amenaza; o opuestamente, reclama ayuda y hasta sacrificios inminentes e ilógicos o poco ponderados.

Los recuerdos fluyen tan nítida y tan velozmente que sorprenden incluso a los más experimentados.

La conmoción del principio, el “choque”, es decir, las molestias y el cansancio, van seguidos en la totalidad de los casos de una satisfacción de encontrarse bien, cambiado, normalizado, y del propósito indiscutible de confiar en los médicos, de observar un tratamiento curativo y de triunfar en la vida desde los más diversos puntos de vista. Tan sólo una ligera y transitoria sensación vertiginosa, de borra-chera, enturbia de vez en cuando el maravilloso efecto producido por la droga, maravilloso —así es—al decir de los examinados y de los propios examinadores o clínicos.

VALORACIÓN DE LOS SÍNTOMAS Y SIGNOS OBSERVADOS Y COMPROBADOS. RESULTADOS CONSEGUIDOS.

Los que tienen un hiper o hipotonía simpático reaccionan de modo parecido al obtenido con la adrenalina, si bien más intensa y más espectacularmente, siquiera para los psicólogos.

Bordean el paroxismo la inmensa mayoría de síntomas subjetivos y de signos objetivos y la

actividad farmacológica acostumbra a durar mucho.

La hipertensión arterial, la cefalalgie, el “raptus” excitomotor y la actitud afectiva del paciente desencadenados por la bencedrina, asustan a más de un facultativo en ciertas ocasiones. Y es que la gran mutabilidad de fenómenos inducidos causa verdaderas sorpresas.

Contrariamente, los que tienen un tono vaginal más o menos agudizado y sostenido, acusan turbaciones mínimas o demasiado breves y se dedican a alabar la trascendencia de la normalidad artificialmente lograda. Les anima la energía física, la alegría y la compleja sensación de eutrofia y de optimismo que la inyección, en escasos instantes, ha establecido.

El confuso y discutible lote de los neurotónicos, de los distónicos, de los anfotónicos—como quiera que se les denomine y se les conceptúe—presentan fenómenos imprevistos e incoordinados o anárquicos, pero sin apartarse, en sus líneas generales, de lo característico, de lo inmutable. Varían, más que nada, el grado de intensidad y la persistencia de las alteraciones y de los desórdenes suscitados.

Los factores de condición psicológica influyen sobremanera en los síntomas y en los signos, es decir, en todo lo subjetivo y objetivo, observado y comprobado, por lo que ese síndrome de manifestaciones farmacodinámicas destaca especialmente en los epilépticos, en los migrañosos y en los excitables y se atenúa en los deprimidos y en bastantes neuróticos.

Para nosotros, y en el amplio campo de las motivaciones de orden afectivo que se dan en crecido número de organoneurosis y de afecciones neurológicas lesionales, este recurso narcanalítico—como todos los restantes—no permite descubrir lo reprimido en el subconsciente, sino cuanto asoma o sobresale claramente en el compo consciente y se silencia o piensa silenciar reiteradas veces al no inspirar confianza plena los profesionales, al proceder éstos demasiado apresuradamente en sus juicios—un poco a tontas y a locas o sin gran seguridad en sí mismos—o al sentirse dominados por el orgullo, la timidez y el pudor más de un paciente, víctimas de actitudes mal entendidas y nada soportables, pero naturales.

Esta es la razón esencial de que entretengamos la conversación espontánea y de que las preguntas que nos atrevamos a formular con suma discreción—para no imponerse, para no zaherir, para no humillar al sujeto en un fácil e inoportuno alarde de prestancia profesional o con el afán censurable de coaccionarle—queden circunscritas a una simple ayuda al tiempo de evocar y de ordenar hechos, impresiones y juicios.

Cuando el enfermo en plena fase o estado de desinhibición afectiva ampara la exploración correcta de los trastornos motores, reflejos y sensitivos, y acepta complacido la presencia de

un martillo de reflejos o de un compás de Weber o no patentiza cierta reticencia ante las maniobras de Barré y de Mingazzini, duplicamos el examen neurológico precedente y procedemos a verificar la mutabilidad o la inmutabilidad de un síndrome deficitario piramidal, de una exaltación o bien asimetría de reflejos profundos y superficiales (signo de Babinski ante todo), de un tono muscular anormal, de unos límites sensitivos, de unas estesias (subjetivas y objetivas) patológicas, de unos movimientos involuntarios o de unas actitudes distónicas, de una incoordinación cerebelosa, de una articulación de la palabra sospechosa, de unos signos sensoriales poco convincentes, etcétera, etc.

Si averiguar cuál pueda ser la respuesta neurovegetativa orienta de veras en la pléyade de distónicos vegetativos y de organoneuróticos, si el sistema narcoanalítico tranquiliza a muchos deprimidos, el narco examen neurológico contribuye a sostener la realidad de una parésia, de una hipercinesia o de una distonía de naturaleza extrapiramidal y de un déficit sensitivo y a poner en entredicho la violencia de un dolor, el origen lesional de un temblor y la organicidad pura de una marcha o de un gesto.

Por último, cabe desenmascarar mejor las psiconeurosis histéricas y las simulaciones estrietas.

JUICIO PRONÓSTICO.

A pesar de que el clínico sagaz, educado a la antigua y eterno debelador de los avances de una técnica ligera y carente de "ojo clínico", sepa soslayar el valor pronóstico atribuido a esta prueba farmacodinámica, nosotros debemos defender lo que auxilia en el acto de emitir una opinión curativa presente y futura.

Los vagotónicos encuentran un camino farmacológico nuevo y se avienen a renovar su confianza ante más métodos de observación y de tratamiento. Los simpaticotónicos admiten la objetividad y la probable mutabilidad de sus perturbaciones, que unos resultados predeterminan y gradúan hasta cierto punto. Y los vulgares distónicos se conforman mejor con la inconstancia y el realce vacilante—a través de los días, de las situaciones y de los propios territorios viscerales—de sus inacabables y en parte incomprensibles trastornos e inquietudes somato-psíquicos.

El médico entonces puede predecir mejorías y curaciones en plazos conocidos e imponer sin grandes resistencias normas terapéuticas adecuadas, aparte de facilitar una tarea psicoterapéutica.

Los mártires de un conflicto desagradable e irreprimible, de un curso morboso psicógeno, acaban por verse libres del obstáculo o excusa que les impedía acercarse y creer en el médico ciegamente, experimentan en seguida un positivo alivio y resuelven obtener de la paciencia

y del tacto de su "confidente" el consejo, la ayuda y la reeducación que les hará felices y que les devolverá al mundo de los sanos, de los que no se quejan hora tras hora.

Y cuando un providencial narcoexamen logra separar lo axial u orgánico de un proceso de lo accidental, de lo que lo agrava eventualmente y lo disimula, es indudable que la postura diagnóstica—al sentar unas afirmaciones y al desdecirse de otras, en virtud de fijar un lindo lesional y de advertir un anhelo consciente de adornarlo con finalidad peyorativa—reforzará el criterio pronóstico así "quoad vitam" como "quoad valetudinem".

IMPORTANCIA TERAPÉUTICA.

En el terreno de la fármacodinamia la prueba de la bencedrina resulta interesante para los vagotónicos porque no abandonarán más la senda fructífera de los simpaticomiméticos (neuroestimulantes y psicoestimulantes).

Y en las pertenencias imprecisas de la psicoterapia, con ribetes de actividad fisiológica, será útil al conjunto de deprimidos.

Representa, finalmente, una positiva asistencia en las etapas de desespero que ofrecen tantos y tantos inválidos neurológicos.

La multiplicidad de "choques" bencedrinos constituye, a veces, una norma terapéutica excelente. Sin embargo, damos la preferencia a la prescripción "per os" o en forma de inyección hipodérmica de la bencedrina. En vista de lo cual desaconsejamos de buenas a primeras—como antaño limitamos las indicaciones de la narcosis prolongada con somnífeno o con dial—los "choques" seriados o demasiado frecuentes.

ASPECTO MÉDICO-LEGAL.

Declaramos solemnemente siempre, e insistimos de nuevo ahora, que—como médicos—buscamos tan sólo el bien del paciente. Es así porque nos esforzamos en guardar el secreto profesional de la historia clínica y nos olvidamos y nos desentendemos adrede de todo lo aneclótico que enriquezca los relatos individuales al margen del contenido morboso. Y los informes familiares y periciales que resumen los conceptos diagnóstico, pronóstico y curativo del caso, orillan los improcedentes perjuicios personales que podrían derivarse de las revelaciones y de las intenciones referidas por los sometidos al narcoanálisis.

Nos mostramos reacios a prodigar explicaciones sobre nuestros propósitos en el momento de sugerir un "choque" bencedrínico, ya que el miedo o la suspicacia inhibiría a muchos en detrimento de la ganancia anunciada. Es legítimo, pues, que extrememos la circunspección para hacer honor a la probidad en el ejercicio de la profesión y al respeto que merece la sagrada causa de la libertad humana.

Jamás hemos recibido reproches sustanciales por parte de familiares y de examinados y nunca hemos sido los causantes de disgustos y de discusiones enojosas entre deudos. Nos hemos visto libres, pues, de posturas embarazosas.

Pero de una manera estatutaria nuestra conducta ha tendido a la abstención o a diferir la prueba narcoanalítica, sencillamente, cuando alguien quería negarse a la misma.

Incluso los accidentados que reclamaban una indemnización, consentían bien en dejarse dar la inyección de bencedrina.

Los dictámenes—por supuesto del todo contundentes en las apreciaciones diagnósticas y pronósticas—advertían luego, y sin más lo subjetivo y lo objetivo, lo curable y lo indemnizable.

Por ello, quizás, no tenían razón de ser las exigencias y las refutaciones.

CASUÍSTICA.

Pasan ya de 200 las observaciones propias sobre "choques" bencedrinos.

Uno de los lotes—integrado casi exclusivamente por accidentados pendientes de la solución acordada en régimen de seguros—se relacionaba o refería a la delimitación de lo orgánico y de lo funcional que exhibían los que estaban diagnosticados de procesos neurológicos: síndromes degenerativos o involutivos, inflamatorios, vasculares, tumorales, traumáticos, etcétera.

Otro evidenciaba ese complejo de cuadros sintomáticos organoneuróticos o neurodistónicos vegetativos.

El tercero precisaba la existencia de jaquecas propiamente dichas.

Y el último, constituido por epilépticos, iba en busca de una reactivación óptima de la disritmia paroxística (EEG) o de la inducción de paroxismos clínicos.

BIBLIOGRAFIA

- RODRÍGUEZ-ARIAS, B. y LAMOTE DE GRIGNON, C.—"El narcoexamen en Neurología". Sesiones clínicas del Instituto Neurológico Municipal de Barcelona. Comunicación verbal en el curso 1949-50.
- RODRÍGUEZ-ARIAS, B.—"Indicaciones del narcoanálisis en Neurología". Conferencia pronunciada en la Universidad de Utrecht (Clínica neurológica del profesor SILLEVIS SMIT) el día 18 de septiembre de 1951.
- RODRÍGUEZ-ARIAS, B.—"La exploración psicológica mediante el narcoanálisis en Neurología y en Psiquiatría". Conferencia pronunciada en el Departamento de Psicología Experimental del Instituto de Filosofía "Luis Vives", de Madrid (Consejo Superior de Investigaciones Científicas), el día 19 de diciembre de 1951.

SUMMARY

The authors study over 200 cases of narcoanalysis under intravenous injection of benzedrine into neurological patients. They report the results obtained and describe both the somatic and psychic symptoms occurring during the test. The article ends with some considerations from the point of view of legal medicine.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Verfasser berichten über ihre Erfahrung bei mehr als 200 Narcoanalysefällen nach intravenöser Injektion von Benzedrin bei neurologischen Patienten. Die diese Probe begleitenden somatischen und psychischen Symptome werden beschrieben. Die Arbeit endet mit einer Besprechung des gerichtärztlichen Standpunktes.

RÉSUMÉ

Les auteurs analysent leur expérience dans plus de 200 cas de narcoanalyse, sous l'injection intraveineuse de bencédrine chez des malades neurologiques. Ils exposent leurs résultats et décrivent les symptômes aussi bien somatiques que psychiques qui accompagnent cette preuve. Ils finissent en étudiant l'aspect médico-légal de cette expérience.

EL PREGNANDIOL, EXTRAIDO DE LAS PROPIAS ASMÁTICAS, COMO TRATAMIENTO (*)

R. ALEMANY-VALL y G. HERNÁNDEZ-RIERA

Hospital Municipal de Nuestra Señora de la Esperanza de Barcelona. Director: Doctor VANRELL. Servicio de Alergia: Doctor ALEMANY.

Se ven no raramente asmáticas con crisis frecuentes y que presentan una marcada exacerbación de su ahogo en período premenstrual. Despues de un tratamiento sintomático con mejora usual de las crisis, seguido de otro causal—vacunas microbianas, hongos o polvo—que hace más marcada la mejoría de las mismas, iniciamos en algunas de esas pacientes un tratamiento con Pregnandiol, extraído de las propias asmáticas, con el fin de hacer más completa la cura e intentar la desaparición del ahogo premenstrual.

Eran pacientes con asma no propiamente inveterado—mal llamado intratable por los norteamericanos—, habían visto desaparecer sus crisis en pretéritos embarazos, tenían algunos trastornos generales (no muchos ni intensos) ligados a ese período premenstrual, eran casi todas mujeres jóvenes y sólo una en período premenopáusico.

Nos fundábamos en idear este tratamiento por el buen efecto que habíamos visto al tratar anteriores casos de ese asma por medio de la luteína, incluso obtenido desaparición de urticaria premenstrual en algún caso—urticaria siempre recidivante en ese período—por medio

(*) Comunicación presentada en el II Congreso Nacional de Alergia. (Sevilla, 18-20-X-51.)