

der Behandlung mit diesen Drogen bei der Rheuma-Erkrankung von Herz und Gelenken.

RÉSUMÉ

Les valeurs normales de glycosamine du plasma se trouvent placées entre 75 et 125 mg. pour 100 c. c. de sérum. Dans certaines maladies avec hyperdestruction des tissus (infections, néoplasies, etc.) et dans les maladies du collagène, principalement la maladie rhumatique, dans les arthrites rhumatoïdes et dans l'asthme infectieux invétéré, il se produit une augmentation de la glycosamine du plasma. On pourrait en partie interpréter ceci, surtout dans le premier groupe, comme une libération par lyse aussi, en grande partie, comme dans le deuxième groupe de maladies, comme une plus grande vivacité du cycle de formation de collagène. Le stress, ainsi que ces maladies, produit également une augmentation de glycosamine dans le sang: Le ACTH, cortisone, moutarde azotée, qui inhibent la formation de stress, font descendre la glycosamine sérique.

Au point de vue pratique sa détermination a une grande importance dans la marche du traitement de la maladie rhumatique cardiovasculaire avec ces drogues.

LAS REACCIONES PSIQUICAS EN LAS CARDIOANGIOPATIAS

J. GIBERT-QUERALTÓ.

Seminario de la Cátedra de Patología Médica y Escuela de Cardio-Angiología de la Universidad de Barcelona.

Director: Profesor Doctor J. GIBERT-QUERALTÓ.

Si en toda enfermedad importa conocer la caracterología psíquica del que la sufre, tanto en su personalidad premorbosea como en la actual, habida cuenta de que todos los sistemas pueden acusar los conflictos anímicos a la vez que nuestra alma es capaz de traducir en forma de "vivencias" los desórdenes somáticos, aquella necesidad se impone todavía más cuando nos enfrentamos con cardioangiopatías por la querencia especial que el sistema circulatorio tiene para hacerse eco de nuestras cuitas emotivas y pasionales, y por la decisiva repercusión psíquica de sus desequilibrios, en forma distinta a como los hacen los otros sistemas de nuestra economía. Esta relativa especificidad queda traducida en las siguientes palabras de SCHULZ-HENKE¹: "El miedo se relaciona con el pulmón y el corazón, el terror con el tiroides, la tristeza con el hígado, la irritabi-

lidad con la bilis, la cólera con las arterias cerebrales, la avaricia con el intestino, la codicia con el estómago y la libido con los genitales o el corazón." Pero mientras que en el terreno de lo fisiológico el miedo sólo puede repercutir funcionalmente sobre los aparatos circulatorio y respiratorio cuando su potencialidad afectiva le permite sobrepasar el umbral de la sensibilidad psíquica normal, puesto que *no tememos* al corazón y al pulmón cuando *sabemos* o *creemos* que están sanos, dando lugar a las denominadas *reacciones emotivas*, en cambio, al *tener conocimiento* de una cardioangiopatía aparente o real, es decir, cuando *nos hacemos enfermos cardioangiopatas*, entonces desciende el umbral de nuestra sensibilidad consciente por el *miedo* a que falle el motor de nuestra economía, miedo que pasa a ser el psicósintoma dominante de toda la enfermedad, el cual, a su vez, hace aparente el *miedo normal* que todos llevamos latente en lo más profundo de nuestro ser en íntima relación con la idea de "vacío o desamparo" derivada del primer contacto con el ambiente al nacer y con la trascendencia de los problemas metafísicos. Como dice HEIDEGGER²: "El desencadenamiento fisiológico del miedo es sólo posible porque el ser está asustado en lo profundo de su existencia." Así, pues, al miedo normal, que puede pasar inadvertido salvo en los momentos de meditación introspectiva, se le suma un *miedo patológico* desencadenado por la supuesta o real enfermedad cardiocirculatoria, el cual puede hacer prever un futuro inmediato para enfrentarnos con los problemas de aquel miedo normal, sumación que puede conducir a un estado de verdadera *angustia* o *ansiedad* que sólo la fe en un más allá justo puede suavizar.

Toda reacción psíquica patológica y, por lo tanto, la del enfermo de aparato circulatorio, está condicionada por tres factores: A) La personalidad premorbosea. B) El tipo de cardioangiopatía; y C) Las características del medio ambiental en donde se desenvuelve.

A) Aunque el tipo de personalidad no permite predecir si, al enfermar cardioangiológicamente, se reaccionará fuera del margen del equilibrio psíquico, en cambio, cuando esto ocurre, se hace en consonancia con la personalidad premorbosea. Si, con fines didácticos, centramos los dos tipos fundamentales y extremos de reaccionabilidad psíquica en el esquizoide y el cicloide, nos daremos cuenta de la profunda diferencia que puede darse en aquella reaccionabilidad ante una misma enfermedad, según la sufra una u otra personalidad psíquica.

El esquizotímico y, todavía más, el esquizoide, vive pendiente de todo aquello que puede perturbar su equilibrio fisiológico y, por consiguiente, es la víctima propiciatoria de las cardioangiopatías aparentes o de la matización neurósica de las reales. Ubicada generalmente su alma en un cuerpo longuilíneo, se hace eco

de las frecuentes distonías vegetativas que tan a menudo acusan estos enfermos, siendo difícil, muchas veces, convencer al paciente de la falta de organicidad de aquel trastorno funcional, ya debido a su intensidad o por matizar éste una legítima organopatía cardioangiológica. Siendo su alma como una placa fotográfica que registra el más tenue destello luminoso, reacciona aceptando todo aquello que pueda delatarle la temida enfermedad, la cual se referirá al aparato circulatorio, *si tiene el umbral de sensibilidad disminuido a nivel del mismo* por causas pretéritas o actuales, por el desgraciado diagnóstico de una organicidad inexistente (una de las formas más frecuentes de enfermedad yatrógena), por esta terrible oficiosidad de los no profesionales que les hace ver siempre enfermedades en todo el mundo como si les pesara la normalidad ajena, o por una neurosis de refugio del enfermo *por considerar a las cardioangiopatías como las más propicias a despertar la conmiseración de sus semejantes*. Por su introversión reactiva habitual, encierran el problema dentro de su alma y cuanto más tarda en descargar su potencialidad afectiva, tanto más contribuye a mantener y exacerbar el trastorno funcional u orgánico preexistente.

De forma casi diametralmente opuesta reacciona el ciclotímico. Su extroversión efusiva, deseosa de no perder jamás el contacto con el mundo ambiental, tan distinta de la tendencia autística del esquizotímico, le hace buscar siempre en quien compartir sus preocupaciones, y si no lo encuentra o su carga afectiva no le da tiempo para buscarlo, la convierte en una reacción motora casi siempre violenta. Mientras se mantenga dentro de los límites de la llamada normalidad psíquica, la depresión momentánea que puede sufrir por la noticia o por temer una enfermedad cardioangiológica, se compensa por cualquier motivo que pueda representar, o signifique de hecho, un cambio favorable en el diagnóstico o pronóstico de su presunta o real dolencia.

Tanta importancia tiene la personalidad premorboza en la génesis de las posibles reacciones psíquicas del cardioangiópata, que se ha llegado a negar la responsabilidad causal de la organopatía circulatoria en el sentido de creer que tanto el síndrome mental como la cardioangiopatía *coinciden* por la predisposición genética y fenotípica que caracterizan a aquella determinada personalidad premorboza. Sin embargo, y aunque es cierto que *todos enfermamos como podemos y no como queremos*, como secuencia obligada de nuestra *individualidad personal*, es también cierto que existen distintas formas de reacción psíquica *condicionadas* por el tipo de cardioangiopatía, sin que esto presuponga el admitir, como veremos más adelante, *enfermedades psíquicas propias y exclusivas de las dolencias del aparato circulatorio*, sino que éstas desencadenan lo que permite la personalidad

premorboza de cada enfermo, pudiendo resultar lo mismo por cualquier otra enfermedad independiente del aparato circulatorio.

B) La *psicopatía de miedo* es el común denominador de todos los cardioangiopatas a pesar de las diferencias individuales, como dice R. SIEBECK³, el cual añade: "El padecimiento cardíaco se manifiesta de modo diferente en la esfera psíquica, y esto supone para el enfermo otros problemas, otras inclinaciones distintas que para el que sufre del pulmón o del estómago, y otras influencias, otras desviaciones para el desarrollo y orientación de la personalidad." En cambio, para Von WEIZSÄCKER⁴, no existe una especificidad psíquica para el cardiópata, ya que la respuesta al conflicto psíquico no es típica para cada estado anímico, sino que viene favorecida por la minusvalencia condicionada por una infección casual o una predisposición congénita de dicho órgano. Según este autor, la tendencia a determinados trastornos obedece más a *una especificidad de las gradaciones sucesivas de la vida hacia la muerte* (amor o pasión-capacidad de trabajo-desgaste-agotamiento) que al tipo de conflicto psíquico. Así, por ejemplo, un trastorno de ritmo puede traducir un problema afectivo; una insuficiencia o descompensación cardíaca, un conflicto o sobreesfuerzo ante una situación determinada de la vida; un espasmo con o sin reacción hipertensiva arterial (en general, los trastornos vasomotores), una tensión agotadora de la voluntad manifestada por "el miedo a la muerte" que tales enfermos tienen quizá con mayor preferencia que los otros cardioangiopatas; finalmente, una trombosis, un infarto o hemorragia, la actitud negativa de fracaso, o sea, *la mutación del deseo de vivir en deseo de morir* (FROBENIUS). Pero es que el ilustre maestro alemán se refiere a la repercusión cardioangiológica de la distonía psíquica y no a la vivencia anímica de la enfermedad de aparato circulatorio, que es en donde residiría la similitud reaccional a la cual nos referimos, confusiónismo en el que caen algunos psiquiatras, especialmente alguno de los llamados "especialistas en medicina psicosomática".

Una posible ordenación de las cardioangiopatías capaces de provocar una vivencia psíquica es la del esquema de la página siguiente.

Uno de los problemas más debatidos es si cabe una especificidad reaccional psíquica según el tipo de cardioangiopatía. A nuestro juicio, en primer lugar debe establecerse la diferenciación entre tres posibilidades reactivas globales antes de discutir su posible especificidad. Y aquéllas son: 1.ª El tono afectivo general adoptado por el cardioangiópata cuando tiene conocimiento de su enfermedad. 2.ª Las pseudopsicosis reaccionales; y 3.ª Las psicosis reaccionales verdaderas.

1.ª El tono afectivo general del cardioangiópata ya hemos dicho que era el de *miedo* con

Reacción psíquica	A una cardioangiopatía inexistente.		Reacciones emotivas = <i>Dintel normal</i> .		Compensadas.
	A una cardioangiopatía real, desconocida o conocida	Funcionales..	Distonías psico-diencéfalo-endocrino-vegetativas	<i>Dintel disminuido</i>	
			Astenia neurocirculatoria		
			Distonías vegetativas reflejas		
			Neurosis cardiovascular		
		Orgánicas....	Cardioangiopatías inaparentes	Inflamatorias, degenerativas, cicatriciales o congénitas	
	Cardioangiopatías aparentes				
Mixtas.....	Matización funcional de una cardioangiopatía	Descompensadas.			

matizaciones condicionadas por su personalidad premorboza y por el pronóstico que cree él, o tiene realmente, la enfermedad de la que ha trabado conocimiento. El concepto aristotélico del "primum vivens et ultimum moriens" y el vulgar de que *todo se acaba si el corazón deja de funcionar*, tienen una raigambre tan profunda en una conciencia de todos que se justifica esta reacción anímica general.

2.^a Son frecuentes las reacciones oníricas ligadas a una determinada cardioangiopatía o a la forma clínica que adoptan cuando se descompensan. Como ejemplos de nuestro empirismo, podríamos citar los siguientes: una insuficiencia coronárica dolorosa (angina de pecho) puede sugerir sueños de que al enfermo le agarrotan el tórax, de que se hunde la habitación o se va reduciendo progresivamente su espacio, de que le clavan un instrumento cortante o punzante en el pecho, etc. El comienzo de una crisis disneica o la fase apneica de la ciclopnea de CHEYNE-STOKES pueden traducirse por la imagen onírica de ahogo por sumersión, sofocación, estrangulación, etc. Las isquemias encefálicas que acompañan a muchas taquicardias paroxísticas pueden ser responsables de ensueños de vértigo de altura, hundimientos, precipitaciones, etc. La distensión brusca hepática por claudicación aguda del ventrículo derecho, especialmente en aquellos cardiopatas que se encaman inmediatamente después de una cena copiosa, es susceptible de provocar la imagen representativa de un objeto que le aplasta el abdomen, de que es víctima de un accidente en el que ha quedado aprisionado entre los restos de un vehículo, etc. Estas y otras descripciones que hemos recogido del interrogatorio intencionado de nuestros enfermos, pueden continuarse cuando despierta en pleno sueño, y entonces, en su semivigilia, creer el mismo enfermo, o los que le asisten, *que sufre un delirio*. Sin embargo, debe tenerse siempre presente la posibilidad de que un sueño agitado o terrorífico de causa psicógena pura es capaz de desencadenar reacciones espasmódicas coronarias susceptibles, a su vez, de provocar manifestaciones oníricas angustiosas, estableciéndose un círculo vicioso en el cual

es difícil dilucidar cuál ha sido el motivo inicial.

Otro tipo de pseudodelirio psicógeno que hemos observado y que se presta a confusión con las legítimas psicosis reaccionales es el que puede presentarse cuando se quiere corregir el insomnio del cardiopata descompensado con opiáceos, bromuros y barbitúricos. En muchos casos no se logra más que un estado de somnolencia en el cual son posibles los ensueños que, al ser traducidos en voz alta, pueden semejar un delirio.

3.^a En cuanto a las psicosis reaccionales o psicosis sintomáticas de las cardioangiopatías, Von KLEIST⁵ las ha clasificado en *homónimas* (manía, melancolía y paranoia) y *heterónimas* (alucinaciones y catatonia), predominando las homónimas en las insuficiencias crónicas y las heterónimas en las agudas. M. E. COHEN⁶ las ordena en *delirios* (psicosis tóxicas), *astenia neurocirculatoria*, *enfermedad maniácodepresiva*, *tireotoxiosis*, *síndromes epilépticos*, *enfermedad vascular del cerebro*, *parálisis general progresiva* y *psicosis senil*. A los delirios los subdivide en *trastornos y labilidad del carácter*, *desorientación*, *ilusiones* (interpretaciones equivocadas y alucinaciones) y *malestar general*. Según COHEN, cuando un cardiopata delira es que *hay algo que anda mal* en la enfermedad, en sus complicaciones aparentes o inaparentes, o en el tratamiento. Volvemos a insistir en que estas psicosis *no son específicas de las enfermedades del sistema cardiovascular*, puesto que pueden aparecer en distintas infecciones o intoxicaciones, endógenas o exógenas.

En lo que concierne a la posible especificidad según el tipo de cardioangiopatía, se han citado las siguientes observaciones:

Tipo lesional.—La insuficiencia aórtica predispone a la intranquilidad motora como síntoma de la "intranquilidad o desasosiego" arterial, secuencia de la diferencia tensional entre el vacío diastólico y la oleada sistólica en un lecho vascular de resistencia disminuida por la incompetencia valvular; en cambio, las lesiones mitrales, especialmente la estenosis, inclinarían a la melancolía con tendencia autodestructiva

(suicidio) como probable manifestación de la anoxia isquémica y asfíctica de los centros nerviosos superiores. Hemos tenido ocasión de comprobar la elevación del tono psíquico en dos enfermas en las cuales la comisurotomía mitral ha permitido mejorar extraordinariamente su volumen sistólico ventricular izquierdo paralelamente a la mitigación de su estasis de aflujo. Y como dato curioso merece destacarse el que, a pesar de tener una personalidad premorbose completamente distinta (esquizotímica una y cicloide marcada la otra), ambas han mejorado psíquicamente, si bien, como es lógico deducir, la ciclotímica rebosa euforia y se cree totalmente curada, mientras que la otra teme que su mejoría, a todas luces evidente, será sólo pasajera. No obstante, en las aortopatías hay que eliminar una posible parálisis general progresiva (en las de estirpe sifilítica), la encefalopatía esclerosa y la reumática, además de la influencia que pueda tener la fiebre, una sepsis endocardítica maligna, el alcoholismo, los trastornos metabólicos y carenciales, una anemia o uremia, y las intoxicaciones medicamentosas. En las mitropatías, aparte muchas de las causas que acabamos de citar, para Von WITZLEBEN⁷ hay que pensar en la mayor labilidad psíquica de la mujer condicionada por la influencia menstrual y climatérica, la cual viene exacerbada por la disfunción hipófisogonadal de algunas enfermas mitrales.

Todo trastorno circulatorio encefálico puede desencadenar deficiencias cualitativas y cuantitativas de las funciones psíquicas que pueden extenderse desde las ausencias, irritabilidad de carácter, amnesia para los hechos recientes, estados crepusculares, hasta la demencia arterioesclerosa. El estado crepuscular puede acompañarse de excitaciones psicomotoras, alucinaciones, limitación de la conciencia y agitación por miedo, la cual puede sustituirse por euforia (estado extático de Karpfs). Cabe que la excitación llegue hasta la psicosis de motilidad de Kleist y a estados amenciales.

Las cardioangiopatías que tienen como común denominador la hiperreactividad vascular (jaquecosos, anginosos, hiperreactores vasculares con o sin enfermedad hipertensiva arterial, síndromes de Raynaud, arterioespasmos regionales de los miembros) se acompañan, casi siempre, de hiperreactividad psíquica. Son personas emprendedoras, activas y de reacciones violentas, generalmente muy susceptibles psíquicamente, siempre interesadas del concepto que de ellas tienen los que las rodean, entre las cuales hallamos los genuinos directores de empresa, conductores de masas y grandes organizadores. Pero esta tipología psíquica que podemos considerar como normal *mientras lo sea su sistema circulatorio*, puede exacerbarse por una *irritabilidad patológica psíquica y vascular*, la cual provoca el establecimiento de uno de los más genuinos círculos viciosos en el que la hi-

perreactividad circulatoria empeora la psíquica y ésta la circulatoria, especialmente cuando las crisis de evolución gonadal, con la posible secuencia de isquemias necrotizantes en encéfalo, miocardio u otro territorio orgánico. Dentro de este grupo, los enfermos con crisis dolorosas de insuficiencia coronárica (los anginosos) presentan una modalidad especial de reactividad psíquica en la cual, y por la frecuente cenestesia de muerte inminente ("angor animi"), se desencadenan reacciones depresivas de impotencia aun fuera de las crisis, las cuales, en un neurótico potencial, pueden matizarse en *neurosis de angustia*. Sin embargo, *el médico puede intervenir decisivamente* tanto en provocar como en evitar o corregir esta desviación hacia la neurosis. La *perniciosa* influencia del médico tiene lugar cuando olvida que el pronóstico de la insuficiencia coronárica ha cambiado radicalmente gracias a los recursos de la moderna terapéutica psíquica, higiénica y medicamentosa, y al establecer el sombrío porvenir de antaño actúa, consciente e inconscientemente, de comparsa del neurótico potencial o actual. Por el contrario, su influencia *beneficiosa* se traduce por: a) Comunicar el diagnóstico real al enfermo para que, de esta manera, se someta *conscientemente* al tratamiento. b) Hacerle comprender sus posibilidades de recuperación si se somete a sus consejos; y c) Ordenar a los familiares del paciente que dejen de considerarle como un pobre condenado a una muerte cierta, el cual tiene continuamente la espada de Damocles suspendida sobre su cabeza, sino que, al contrario, como un enfermo que puede recuperarse funcionalmente y en el que *toda actitud de conmiseración o de excesiva solicitud contribuye a aumentar el miedo a su enfermedad*, es decir, a mantener su estado de hiperexcitabilidad psíquica y vascular.

Tipo funcional.—En la ciclopnea de Cheyne-Stokes, WASSERMANN⁸ ha observado estados graves de excitación brusca o períodos de psicosis heterónima (alucinaciones, síndromes catatónicos) cuando aparece en enfermos fácilmente excitables, en quienes se liberan por la noche ideas enterradas en el subconsciente en forma de pesadillas. Estas pesadillas terroríficas y alucinatorias pueden coincidir asimismo con la iniciación de la disnea del asma cardíaco, provocando que el enfermo despierte y atribuya su agobio respiratorio al ensueño. Como ya hemos dicho antes, no deben confundirse estos ensueños sintomáticos con las genuinas reacciones psíquicas delirantes.

En la fase edematosa de una cardiopatía y quizá condicionado por el edema cerebral, son frecuentes las psicosis reactivas anómalas. Cuando hay ingurgitación hepática, se ha pensado en la posible intervención de una deficiencia antitóxica del hígado. En cambio, otras veces las psicopatías son desencadenadas precisamente en la fase de deshidratación, atribu-

yéndolo EICHHORST⁹ a la acción de sustancias tóxicas formadas en el líquido de los edemas.

Una curiosa reacción psíquica, desencadenada por un mecanismo funcional, es la que experimentó un enfermo en quien procedimos a la ligadura de la cava inferior por debajo de las renales para paliar una insuficiencia cardíaca congestiva que se había hecho insensible a la cura tónico-cardíaca habitual. Con el fin de no desvirtuar en nada la vivencia del enfermo, transcribimos a continuación su relato: "Oigo la voz del doctor Paravisini. ¡Preparados! Mil veces me había imaginado que me ligaban la cava, pero entonces tuve la certeza. ¡Ya!... En un segundo sentí varias sensaciones: un movimiento de vibración por todo el cuerpo al tiempo que un ramalazo azulado, luminoso y ondulante pasaba ante mis ojos. Un golpe fortísimo en el corazón acompañado de un ruido hueco y una sensación síntesis de otras varias: la sensación absorbente de vértigo que produce una piedra grande al caer en un pozo, el chapoteo sordo a su contacto con el agua y, después, al ser tragada por ésta, el vacío." Y mientras el enfermo iba teniendo todas estas sensaciones la presión venosa osciló de 15 a 22, a 6 y a 11 cm./H₂O, variaciones que coincidían con las distintas vivencias del enfermo.

En las cardiopatías cianóticas se puede observar somnolencia y estupor, si bien hay, a veces, hiperexcitabilidad psíquica e insomnio o la alternancia de ambos tipos reactivos.

Un carácter común de las cardiopatías crónicas descompensadas es el insomnio, la irritabilidad psíquica y el recelo y desconfianza hacia sus familiares, médicos y enfermeras, la cual puede llegar hasta la reacción delirante de persecución. El cardíaco crónico descompensado, y aunque desconozca el estado real de su gravedad, tiene miedo a quedarse solo, especialmente por la noche, como si temiera dormirse y ya no despertar nunca más. Y si, a pesar de todo, le vence el sueño, duerme intranquilo y despierta bruscamente comprobando inmediatamente si le han abandonado. Esto justifica su insomnio y recelo. De ahí que tenía razón FRAENKEL¹⁰ cuando decía "el mejor sedante e hipnótico para el cardíaco descompensado es la inyección de estrofantina". Claro que no hay que confundir este recelo sintomático con la desconfianza que provoca el médico cuando, falto de las más elementales nociones de psicología, le pregunta al enfermo "si se hincha" o "si se ahoga" ante unos edemas o un agobio respiratorio que lo capta el más lego en medicina; cuando no sabe imponer su autoridad hipocrática en el tratamiento o, y por un mal entendido concepto de la sugestión, resta toda importancia a una cardiopatía deficitaria y la somete a una terapéutica rigurosa. Hay dos frases que han causado, causan y, desgraciadamente, causarán muchas perturbaciones en las relaciones entre cardiólogo y cardíaco, y éstas son: ¡Bah! Usted no

tiene nada, pero haga reposo y tome esta digital o estrofantina; y, si a usted le parece, puede seguir tal o cual tratamiento. Es al médico a quien tiene que parecerle, no al enfermo.

Tipo medicamentoso.—En la administración prolongada de diuréticos mercuriales o en las deshidrataciones bruscas provocadas por los mismos, POLL y STERN¹¹ y FISHBERG¹², entre otros, han observado estados de astenia, apatía, anorexia, reacciones delirantes y alucinaciones que pueden terminar en coma. De acuerdo con dichos autores, creemos que no se trata de ninguna toxicidad medicamentosa, sino de una carencia de agua y sal determinadas por su deficiente administración y excesiva eliminación, la cual puede condicionar la aparición de una uremia prerrenal y los trastornos deficitarios de la exicosis. COHEN¹³ dice que se han presentado los mismos fenómenos con la administración de resinas fijadoras de cationes, hecho que nos sorprende por cuanto nuestra experiencia es poco halagüeña respecto a la eficacia de tales resinas.

También COHEN¹⁴ llama la atención sobre los posibles delirios por intoxicación bromurada en los cardíacos que reciben tal medicación, hasta el extremo de afirmar que si la concentración de bromo en la sangre es superior a los 150 miligramos por 100, hay que sospechar que el delirio es por bromismo.

Se ha hablado de las psicosis reactivas por intoxicación digitalica. Nosotros sólo lo hemos observado con la estrofantina, tanto por vía intramuscular como intravenosa, en cuyos casos por su coincidencia con la administración y cese al suprimirla, no cabía otra interpretación causal.

Tipo terminal.—Finalmente, hay dos modalidades de reacción psíquica propias de la fase terminal de una cardiopatía mortal. En la primera, el enfermo se queja y está intranquilo sin saber por qué. No grita, sólo musita, a veces muy quedo, un ¡ay! continuo, y si le preguntamos qué es lo que le duele, contesta ¡Nada! Nosotros lo hemos interpretado siempre como un síntoma de un fin próximo, traductor de la pérdida o embotamiento del sentido topográfico de la sensibilidad, en el orden médico, y de la angustia metafísica del alma quien, mas o menos conscientemente, se da cuenta de que va a enfrentarse con una Justicia en la que no valen recomendaciones ni abogados defensores.

La otra reacción se deriva de una situación en la que, desaparecida toda posibilidad de recuperación, la psique quiere quitarse la careta y manifestarse tal como es en aquel enfermo. En esta fase terminal preagónica, hemos visto legítimos cuadros esquizofrénicos, paranoicos y maníacos en enfermos que, hasta aquel entonces, eran considerados como normales psíquicamente hablando. Tal fué el caso de un malogrado y querido colaborador nuestro, fallecido de una mitropatía descompensada, en el cual, y

quizá determinado por una intensa carga hereditaria (padre esquizofrénico recluido y una hermana con frecuentes delirios del mismo tipo), terminó sus días sumido en un delirio esquizofrénico.

Todas las psicosis reactivas de las cardioangiopatías acostumbran a ceder con la mejoría de la dolencia fundamental, siempre y cuando no vengan provocadas por lesiones anatómicas irreparables, o mientras la cardioangiopatía no haya obrado como la gota de agua que ha derramado el vaso de una afección mental latente a punto de estallar.

C) El medio ambiente en el cual se desenvuelve el cardioangiopata puede contribuir a desencadenar o mantener la reacción psíquica patológica. La sensación de protección o desamparo percibida por el enfermo podrán aminorar o acentuar su psicosis de miedo. Y como elementos de dicho medio ambiental que desempeñan un importante papel, tenemos al personal médico, a los familiares y a los amigos del enfermo. El según y cómo comunicarle a un enfermo la existencia de una cardioangiopatía, la manera de decirle su capacidad funcional y pronóstico, el saber desglosar lo funcional de lo orgánico, tiene una importancia decisiva en la reacción psíquica del supuesto o real cardioangiopata. El diagnóstico insospechado de un soplo, trastorno del ritmo, hipertensión arterial, etcétera, en ocasión de un reconocimiento médico motivado por un seguro de vida, escolar, militar, prematrimonial, etc.; la ocurrencia de un accidente dramático, a veces con muerte súbita, a un pariente o amigo; la aparición de un síntoma que atrae la atención del enfermo hacia su aparato circulatorio y le infunde la duda de su normalidad; una emoción profunda y persistente o el recuerdo de un estado emocional, especialmente al volver al teatro de acción en donde se produjo, o un estado pasional angustioso, según y como lo reciba el enfermo, y particularmente según su personalidad premorbose, son capaces de desencadenar un estado de miedo o intranquilidad que, de no lograr compensarlo, pueden incapacitar o minusvalorar psíquicamente al doliente transformando su aprensión en ansiedad o angustia capaz de provocar si no existe, o de empeorar su enfermedad, sumiéndolo en el círculo vicioso tan bien estudiado por L. BRAUN¹³, cuyas secuencias son fáciles de presumir.

* * *

Hemos hecho resaltar los caracteres más importantes del psiquismo del enfermo de aparato circulatorio. De ello debemos entresacar tres enseñanzas a cual más importantes, a saber:

1.^a No olvidemos el alma del cardioangiopata, un alma miedosa que teme y que desea que no sea cierto lo que presume *aunque nos diga que quiere saber la verdad porque no tiene miedo a morir, pero lo que le importa es no su-*

frir. Sintonicemos primero con ella, digámosle la verdad del diagnóstico, pero suavicemos el pronóstico si éste es desfavorable. Con tal proceder nos captaremos su confianza sin que sufra moralmente.

2.^a Si nos enfrentamos con un cardioangiopata inconsciente total o parcialmente de su dolencia, *no empeoremos su equilibrio moral* haciéndole perder la confianza en la capacidad funcional de su organismo, siempre, claro está, que nuestra conducta no se oponga a las necesidades terapéuticas. Como hemos dicho, es ridículo manifestarle a un enfermo "Usted no tiene nada" y recetarle digital o estrofantina, pero es inhumano el concentrar su atención en algo (hipertensión, arritmia, soplo, etc.) que no lo requiere, haciendo de él *un enfermo cardioangiopata*, es decir, transformando un más o menos indiferente en un preocupado de su enfermedad.

3.^a En una biografía patológica, como dice Von WEISZÄCKER⁴, el episodio somático tiene una vivencia o valor psíquico; el episodio psíquico tiene, a su vez, una traducción corporal. El origen de una enfermedad por una determinada situación en la vida y su inclusión en el capítulo siguiente de la biografía, no debe interpretarse como una casualidad, sino como un drama completo. Cada enfermedad es un problema de la biografía, cada enfermedad equivale a un personaje, cada enfermedad tiene su expresión típica en la faceta psíquica del organismo vivo. Siendo una biografía patológica, estos personajes se mueven según la trama de un drama en varios actos dependientes entre sí, y *según como nosotros conduzcamos a estos personajes*, el final podrá ser feliz o desgraciado, podrá ser una comedia o una tragedia; lo lamentable sería que nuestra impericia hiciera de un buen argumento y unos buenos actores un melodrama. No olvidemos que *cada uno hace la enfermedad a su manera; no a la que quiere, sino a la que puede*, obligado por su personalidad premorbose. Hagamos un cuidadoso estudio de la psique y el cuerpo de cada enfermo de aparato circulatorio para delimitar *lo que se debe a su personalidad premorbose, a su cardioangiopatía, a la reacción psíquica de la organicidad y a la traducción funcional, capaz de empeorar lo orgánico, de su quehacer psíquico.*

RESUMEN.

Se analizan las reacciones psíquicas de los enfermos que padecen cardioangiopatías, estudiando el influjo de la personalidad, el tipo de enfermedad y el medio ambiente donde se desenvuelve.

BIBLIOGRAFIA

1. SCHULTZ-HENKE, H.—Der geheimmte Mensch. Thieme, Leipzig, 1940.
2. HEIDEGGER, M.—Sein und Zeit. Niemeyer, Halle, 1941.
3. SIEBECK, R.—Die Beurteilung und Behandlung Kranker. Lehmann, Muenchen-Berlin, 1942.

4. VON WEISZÄCKER, V.—Studien zur Pathogenese. Thieme, Leipzig, 1935. Herzneurose und moderne Kreislauftherapie. Steinkopff, Dresden und Leipzig, 1932. Der Gestaltkreis. Thieme, Leipzig, 1940. Falle und Probleme. Enke, Stuttgart, 1947.
5. VON KLEIST, K.—Gehirnpathologie. Leipzig, 1934.
6. COHEN, M. E.—The Management of disturbed cardiac patients. Modern Conc. Cardiovascular Disease, 22, 182 y 196, 1953.
7. VON WITZLEBEN, H. D.—Herz- und Kreislauferkrankungen in ihren Beziehungen zum Nervensystem und zur Psyche. Thieme, Leipzig, 1949.
8. WASSERMANN.—Cit. Von WITZLEBEN.
9. EICHHORST, H.—Dtsch. Med. Wschr., 24, 389, 1898.
10. FRAENKEL, A.—Verh. Dtsch. Ges. Inn. Medizin, 257, 1906.
11. POLL, D. y STERN, J. E.—Arch. Int. Med., 58, 1.087, 1936.
12. FISHBERG, A. M.—Heart Failure. Lea & Febiger, Philadelphia, 1946.
13. BRAUN, L.—Herz und Angst. Deuticke, Viena, 1932.

SUMMARY

An analysis is made of the psychic reactions in patients suffering from cardioangiopathies. The influence of personality, type of disease and environmental conditions under which it takes place are studied.

ZUSAMMENFASSUNG

Man analysiert die psychischen Reaktion der Patienten, die an Cardioangiopathien leiden und untersucht den Einfluss der Personalität, des Krankheitstypus und des Milieus, wo diese Krankheiten auftreten.

RÉSUMÉ

On analyse les réactions psychiques des malades qui souffrent des cardioangiopathies, en étudiant l'importance de la personnalité, le type de la maladie et le milieu ambiant ou elle se développe.

PLEOMORFISMO EN EL DIAGNOSTICO DE LAS MICOSIS VISCERALES (*)

G. CANTO BORREGUERO.

Instituto de Investigaciones Médicas. Director: Profesor JIMÉNEZ DÍAZ.

A mi maestro el Profesor CARLOS JIMÉNEZ DÍAZ, con el mayor agradecimiento y afecto.

Con anterioridad (VI Congreso Internacional de Medicina Comparada, Madrid, mayo 1952) habíamos indicado que los elementos micóticos en general, cuando alguno de ellos existía en los medios patológicos humanos, refiriéndose a los hallados en esputos, perdían su tipicidad. Igualmente (II Congreso Nacional de Alergia, Sevilla, octubre 1951), colaborando con el doc-

tor ALIX sobre diagnóstico de una moniliasis, sentíamos la necesidad de tener en cuenta el área de dispersión micológica del elemento, así como del diagnóstico diferencial entre sus congéneres, que nos llevaría paso a paso a conocer su estado normal y a su comparación con el existente en el organismo patológico humano.

Apuntábamos a su vez que los tratamientos actuales, al modificar los caracteres micógenos, ocasionaban en algún caso, de acuerdo con su pleomorfismo regresivo, mejorías en sus pacientes.

Nuestro propósito es el de dar a conocer una serie de datos micológicos obtenidos en productos procedentes de enfermos, cuyo diagnóstico micótico está establecido, y cuya exposición clínica pertenece al doctor ALIX.

El diagnóstico micótico en el laboratorio clínico no puede limitarse al conocimiento de un grupo y menos aún a una de sus fases, sino al integral y evolutivo, ya que se ha de partir de uno o de varios constituyentes y, a ser posible, se ha de sintetizar la forma adulta, unas veces en progresión y otras veces en regresión, como ocurre con los dimorfos sexuales, y estas formas han de ser comparadas con sus afines, sin lo cual no es posible establecer conclusiones.

En el organismo humano, tanto en estado normal como en estado patológico, no es dable el hallazgo de los hongos microscópicos en estado adulto totalitario y así nos encontramos frecuentemente con formas de naturaleza levuliformes en los *criptococcus*, *histoplasmas*, *blastomyces*, etc., no exentas de aberraciones; miceliales libres o granulares en todos los *actinomicetales*, o con formaciones específicas de resistencia de mayor tamaño, de forma redondeada y cubiertas de una membrana muy tenue capaz de sostener sus esporos en el interior hasta la madurez, como en los *coccidio-oidio*.

Si estos elementos micóticos siguieran una línea perfecta en su presentación en el organismo humano, nada tendríamos que decir; pero si seguimos a los autores en distintas latitudes y comparamos sus investigaciones a través de un corto tiempo y nos enfrentamos a su vez con la biología micógena de los pacientes, encontraremos en muchos casos una morfología anárquica, lo que nada tiene de particular si consideramos la terapéutica actual y sus secuelas como JIMÉNEZ DÍAZ ha dado a conocer en Londres (septiembre, 1952), siendo ésta la razón de nuestra comunicación.

Nuestras observaciones se han hecho, como siempre, en fresco; con coloraciones apropiadas, de las que ya dimos cuenta, y en siembras diferenciales siguiendo su morfología y su bioquímica a semejanza de BERGEY, y cuando ha sido posible su dispersión biológica, básica a nuestro entender, para una mejor información clínica.

La observación directa, tanto en esputo como en líquidos diversos y tejidos humanos, no es

(*) Comunicación presentada en el III Congreso Nacional de Alergia en Santa Cruz de Tenerife (Islas Canarias) el día 10 de enero de 1954.