

anormalidad, los datos anatomopatológicos de que se dispone indican que las lesiones anatómicas del corazón varían cuantitativa más que cualitativamente, y que incluso los grados menores de alteración electrocardiográfica estaban asociados con lesiones miocárdicas irreversibles.

Ni el tipo de microorganismo ni el retraso en el tratamiento con antitoxina pareció de importancia para determinar el desarrollo o grado de anormalidad electrocardiográfica. Los factores determinantes parecían ser la extensión y gravedad de la lesión diftérica local. La información obtenida de los casos autopsiados que mostraban todos los tipos y grados de trazados electrocardiográficos normales, indica que la recuperación está probablemente asociada con la pérdida de substancia muscular y, por lo tanto, nunca es completa. Esto parece ser cierto incluso en presencia de un retorno del electrocardiograma a la normalidad.

PSIQUIATRIA

TRATAMIENTO DE LOS ESTADOS DEPRESIVOS MEDIANTE ELECTROCHOQUE

Dr. SIMÓN STONE

Manchester, New Hampshire

ESTA nueva forma de tratamiento, generalmente aceptada, ha conquistado su gradual popularidad desde los primeros ensayos de CERLETTI y BINI. Es muy eficaz en los ciclos maniacodepresivos, en las depresiones y estados paranoides de involución, en los de etiología senil y también como auxiliar del tratamiento de las psiconeurosis con cuadros depresivos. Ha substituído a la insulina y al metrazol, además de haberse experimentado, con resultados variables, en muchas otras afecciones neuropsiquiátricas.

La aplicación de este método se ha limitado hasta ahora a los hospitales psiquiátricos, a las clínicas privadas y, por excepción, a ciertos casos ambulatorios con buen espíritu de colaboración. Nuestros enfermos han sido admitidos y tratados en el Hospital General, en oposición a la idea difundida de que los sujetos con desórdenes mentales no pueden internarse en estos establecimientos, por carecer de personal y de material especializados. Nuestra experiencia desmiente este principio, puesto que en los últimos años hemos tratado gran número de pacientes de este género, sin que la dirección haya formulado objeciones ni se tuvieran motivos de lamentar esta decisión. La mayoría de los enfermos poco agitados pueden internarse en las salas o en habitaciones privadas. La ventaja del tratamiento en un hospital general es la facilidad de obtener datos clínicos fundamentales, además de que los interesados, desde el punto de vista emocional, desean más este ambiente que el psiquiátrico. Todo lo que se necesita es una cama de Gatch y un aparato de electrochoque, con una enfermera instruída en su manejo y en los aspectos elementales de la psi-

quiatria. Así se contribuye, por añadidura, al movimiento necesario de acercamiento de la práctica general de la Medicina y la Psiquiatría.

Mis pacientes han recibido de cinco a siete tratamientos, por lo general en días alternos. La mayoría de psiquiatras prescribe todavía mayor número pero he observado que se obtiene lo óptimo de la mejoría en cuatro o cinco, después de los cuales el progreso es escaso o nulo, sin que se compense el trabajo ni el tiempo gastado; sólo en los enfermos con ilusiones paranoides me parece recomendable el tratamiento más prolongado para evitar recaídas. La duración media de la hospitalización es de 14 días para los enfermos de otras poblaciones; para los residentes, con familia inteligente, se limita con frecuencia a pocas horas, hasta desvanecidas las molestias inmediatas. Todos los enfermos son explorados una semana después del alta, a intervalos convenientes para seguir el curso.

Los mejores resultados se han logrado en los enfermos con melancolía involucional y reacciones depresivas, en quienes se acorta la duración y la intensidad de los síntomas. Es posible en muchos casos impedir los ataques depresivos con cinco o seis aplicaciones en una quincena. Los enfermos con melancolía involucional, tratados hasta ahora con estrógenos sin resultados fijos, curan en la proporción del 85 % con el electrochoque, con escasas recaídas, debidas casi siempre al ambiente familiar poco propicio.

He obtenido también buenos resultados en los casos iniciales de esquizofrenia, en algunos de ansiedad e histerismo de conversión y en dos con neurosis obsesiva, que no respondieron al tratamiento conservador. Una enferma padecía temor obsesivo e impulsión de utilizar cuchillos, hasta el punto de tener que separarla de sus hijos; no mejoró internada largo tiempo, pero la intensidad de sus temores cedió considerablemente después de cinco electrochoques, hasta poder discutir objetivamente su afección y vivir de nuevo junto a sus hijos.

La edad no es contraindicación para el tratamiento, hasta el punto de que son muchas las depresiones seniles que ceden con él. Una enferma cardíaca grave, con fibrilación auricular, resistió perfectamente el tratamiento y hasta mejoró con la supresión de los factores psicogénicos. No hemos visto complicaciones graves en ningún enfermo tratado. Un estudio de las muertes por electrochoque en los hospitales señala el 6 por 10.000, o sea del orden equivalente al de las anestias generales y aproximadamente la décima parte de las observadas con choque insulínico. La mortalidad es algo más elevada en los enfermos curarizados, por lo que muchos psiquiatras limitan el uso del curare en los pacientes con huesos friables, historia de fracturas o músculos potentes. Por mi parte he adoptado también este criterio.

Los estados de excitación postconvulsiva se evitan casi siempre con una inyección intravenosa de 0.3 a 0.5 gm. de amital sódico, 15 minutos antes del tratamiento. La pérdida de la memoria, citada algunas veces, es siempre transitoria y cede en algunas semanas. Las dificultades respiratorias, frecuentes en los enfermos curarizados, pasan rápidamente con la respiración artificial, manual o mecánica; es precaución conveniente tener un aparato de respiración en la sala de tratamiento. No se han lamentado fracturas en ninguno de los enfermos; uno de ellos sufrió dos veces la luxación maxilar, fácilmente reducida antes de que volviera al estado consciente.

Se estima que una ciudad de 100.000 habitantes requiere 12 camas para casos psiquiátricos en su hospital general; sólo la quinta parte de los ingresos necesita vigilancia o cuidados especiales, imposibles en las salas generales. Si se considera la importancia del tratamiento precoz en psiquiatría, es evidente que la atención adecuada en los hospitales generales disminuirá la aglomeración en los psiquiátricos. Las ventajas del hospital general son: la más corta permanencia, la proximidad de la familia, la menor resistencia psicológica y

el mejor tratamiento de otras afecciones que sufren muchos de estos enfermos. Las facilidades del hospital general pueden contribuir mucho a la mejoría de gran número de enfermos psiquiátricos, sin gran dispendio para ellos o para la comunidad.

El modo de acción del electrochoque no es bien conocido todavía. Obra posiblemente como la lobotomía prefrontal y afecta la corteza cerebral y los centros autónomos del mesencéfalo y la hipófisis, e indirectamente la función de las gonadas. Discrepan aún las opiniones acerca del valor del electrochoque en el tratamiento de las psiconeurosis; mi impresión es que las cifras muy favorables de algunos autores se deben a que parte de sus enfermos son realmente casos cíclicos, con síntomas de ansiedad y molestias somáticas. No creo que estos enfermos, que a menudo engañan al clínico más sagaz, sean indicados para tratar en los hospitales generales. Para otras modalidades clínicas, como hemos dicho, me parece recomendable que todos los hospitales generales equipen un cuarto para el tratamiento con electrochoque, con lo que se ofrece buen pronóstico y fácil tratamiento a muchos enfermos.

UN ESTUDIO DE LAS NECESIDADES PSIQUIÁTRICAS EN LA REHABILITACIÓN

EL Comité de Higiene Mental de Nueva York estudió recientemente la extensión y naturaleza de los problemas psiquiátricos entre los hombres de Nueva York excluidos del servicio militar por incapacidades neuropsiquiátricas. Se propusieron determinar la gravedad de la incapacidad, el número de los necesitados de ayuda psiquiátrica, la clase de ayuda psiquiátrica necesaria y las posibilidades de reducir la diferencia entre las necesidades y los recursos actuales de ayuda psiquiátrica. Se hizo el estudio interrogando a 314 hombres rechazados y 309 licenciados por incapacidades neuropsiquiátricas. Estos hombres fueron seleccionados de diez oficinas de reclutamiento.

Se estudiaron diez categorías de trastorno. Sin embargo, la gran mayoría de los casos correspondió a los dos primeros grupos: psiconeurosis y personalidad psicopática inadecuada. Entre otros hechos interesantes que se pusieron de manifiesto durante el estudio, se descubrió que muchos de los hombres que necesitaban ayuda psiquiátrica rehusaron el tratamiento a causa del temor y menosprecio vulgarmente asociado con los trastornos psiquiátricos. La mención de la psiquiatría aun sugiere a la mayoría de las personas las «aterroradoras imágenes de la locura y el manicomio». Las respuestas obtenidas de los pacientes necesitados de tratamiento contenían frases estereotipadas tales como «médico de locos» por psiquiatra, y «no me diga que estoy loco» o «no estoy chiflado».

Durante el curso del interrogatorio, muchos pacientes expresaron gran alivio al asegurárseles que no estaban «locos» y ulteriormente se mostraron dispuestos a someterse a un extenso tratamiento. Muchos que se mostraban reacios a admitir la naturaleza psiquiátrica de sus molestias estaban dispuestos a someterse a tratamiento médico, pero no psiquiátrico. Resultó lamentablemente grande la diferencia entre el número de licenciados de las fuerzas armadas necesitados de asistencia psiquiátrica y el de los que estaban dispuestos a aceptarla. Sin