

PSICOSIS TRAUMÁTICAS (1)

por el doctor

E. MIRA LÓPEZ

Director del Instituto de Orientación Profesional de Barcelona

SEÑORES: He de comenzar por declarar que estoy profundamente agradecido a la Sociedad de Cirugía por la invitación con que me ha honrado para desarrollar desde su tribuna un tema. Y al aceptar, como no podía menos, este honor, he escogido el tema de las *Psicosis traumática*, porque considero que acerca de las cuestiones que caen bajo su denominador reina todavía una lamentable confusión, tanto por parte de los traumatólogos como de los psiquiatras. El hecho de que los afectos de psicosis traumática en la inmensa mayoría de los casos por razón del traumatismo sufrido tienen que ser internados y asistidos en clínicas quirúrgicas, donde la intervención del psiquiatra no es primordial, explica el porqué esta intervención del psiquiatra para diagnosticar, observar y seguir el curso de estos enfermos, no haya podido ser tan fructuosa como en otros capítulos de la patología; mucho menos, como es consiguiente, que en aquellos enfermos que por estar por razón de la índole de su trastorno en manos del psiquiatra pueden ser objeto en todo momento de toda clase de exploraciones y observaciones. No otra razón más que la que representa la limitación de las condiciones de observación de estos enfermos, fuera del ambiente y medios de observación de la psiquiatría, explica la confusión que reina por parte no tan sólo de los cirujanos, sino también de los psiquiatras al valorar estos síndromes.

Si ustedes pasan revista a los tratados de Psiquiatría, podrán observar que rarísimamente coinciden dos autores, al ocuparse del capítulo de las psicosis traumáticas, en la valoración o interpretación de los trastornos.

Afortunadamente, de unos pocos años a esta parte se ha establecido una corriente de acercamiento, de aproximación por parte de las diversas especialidades médicas, y muy especialmente un acercamiento de los psiquiatras hacia las clínicas médicas. Se ha borrado la separación entre las especialidades; los psiquiatras han acudido a las policlínicas y demás centros de estudio; y del trabajo en común, ha salido afortunadamente la observación continuada de los enfermos traumatizados. Y fruto o resultado de esta compenetración y trabajo en común, ha sido el que se haya variado o cambiado en mucho la concepción que años atrás se tenía de los

trastornos que se estudian en el capítulo de psicosis traumática.

Como premisa hemos de afirmar que la psicosis traumática no es en ningún caso de patogenia exclusivamente traumática. Así como desde hace algunos años se ha englobado completa la sintomatología de los enfermos traumáticos dentro de la denominada *confusión mental traumática* y dentro de la denominada *demencia traumática*, hoy día sabemos de una manera evidente, sin haber lugar a dudas, que el nombre de demencia traumática no responde absolutamente a ningún concepto cierto y científico; y que la confusión mental traumática no es una entidad clínica, sino un síndrome que puede obedecer a patologías o causas psíquicas orgánicas ciertamente bien diversas. Así, entre dos enfermos que a consecuencia de un traumatismo presentan una confusión mental, pueden existir diferencias enormes no solamente en cuanto a pronóstico y tratamiento, sino también a la esencia misma de los trastornos.

No es mi propósito daros cuenta de las dificultades que se presentan para desarrollar este tema. Quiero tan sólo limitarlo en su extensión y finalmente daros una síntesis de lo que actualmente se admite por la mayoría de los especialistas.

Desde luego, cabe aclarar que con el nombre de psicosis traumática se han de comprender exclusivamente aquellos trastornos mentales que se puedan interpretar como engendrados por el traumatismo; pero de ninguna manera se han de confundir con ellos los trastornos mentales autónomos que el traumatismo haya podido desarrollar. Me explicaré: como fácilmente se comprende, el traumatismo es una causa que conmociona al organismo no solamente desde el punto de vista material, sino también desde el punto de vista psíquico. El traumatismo va seguido siempre de una emoción; el traumatismo va seguido siempre de una conmoción psíquica grave, que no está nunca en relación con la intensidad del traumatismo material en sí, pero en cambio sí lo está en relación a las circunstancias con las cuales el traumatismo se ha producido.

Imaginemos el caso de un sujeto que cae al pretender subir o descender de un tranvía y es arrastrado unos cuantos metros por este tranvía; y así, durante diez segundos vive con la angustia inmediata de ser pasado por las ruedas del coche motor o del remolque. En este caso, es perfectamente posible que el traumatismo material que sufra el individuo sea leve; es posible que parado el tranvía, el individuo se levante sin haber

(1) Texto taquigrafiado de la Conferencia dada en la Sociedad de Cirugía de Barcelona.

sufrido más que pequeñas erosiones; que se limpie el polvo de su traje y que quede en condiciones de caminar. En un sentido mecánico en estos casos el traumatismo no merece la pena de ser tenido en cuenta. Pero no obstante la emoción, el estado realmente psíquico de este sujeto durante aquellos diez segundos que ha sido arrastrado por el tranvía es de tal naturaleza, tiene en la génesis y etiología de los trastornos psíquicos tanta importancia, que es perfectamente posible que a seguido de los trastornos materiales, físicos, de escasa importancia, insignificantes, se desarrolle un trastorno mental serio en forma que cueste al perito un poco el admitir el hecho de que el traumatismo haya podido desencadenar aquel trastorno mental.

El traumatismo, como tal traumatismo en sí no ha desencadenado los trastornos mentales; pero la situación del sujeto en relación con el traumatismo, sí que ha podido desencadenarlos. Tal es el caso frecuente de pequeños traumatismos que se observan después de situaciones en las cuales el sujeto ha estado luchando para evitar un daño que le amenazaba.

Una persona, por ejemplo, que limpiando los cristales de un balcón resbala de la escalera en que está subida y al caer se coje a los barrotes de la baranda del balcón y en situación apurada y difícil de sostener está luchando con todas sus fuerzas para no caer en el vacío, aunque resista el tiempo suficiente para que se le preste auxilio o se preparen debajo de él colchones que le inmunicen de la caída, podrá ocurrir que salga del percance o accidente con muy poco daño material, pero posiblemente puede presentar con posterioridad perturbaciones psíquicas.

Estas perturbaciones psíquicas, como tantas otras, no van desencadenadas por el traumatismo en sí y en cambio sí lo son por la emoción, por el "shock" mental, por el "shock" conmocional desde el punto de vista psíquico, que esta persona ha sufrido. Digo esto para explicar en lo posible una discusión que durante mucho tiempo se ha sostenido entre los psiquiatras por un lado y el médico general y los juristas por otro al tratar de valorizar los denominados casos de neurosis y psicosis traumáticas. Los juristas dicen que "quien causa la causa, causa lo causado". Así en todo sujeto que se presente un síndrome psíquico consecutivo a un traumatismo, el jurista tendrá tendencia a valorar aquel trastorno; y en cambio por parte del médico en general y del cirujano en especial, si el traumatismo sufrido por el individuo ha sido insignificante y los fenómenos conmocionales se presentan tardíamente, se tiene tendencia a adscribir a los enfermos dentro de la categoría de los simuladores. Y este criterio, señores, preciso es reconocerlo, no es justo; y digo así, porque tanto mal hace al organismo el traumatismo material como la conmoción moral.

Hoy día sabemos de una manera evidente que existe una relación, que tienen una influencia psíquica grave, sino orgánica, los trastornos emocionales intensos; y estos trastornos emocionales son siempre acompañantes de un sinnúmero de traumatismos.

Es muy probable que si a un sujeto que está des-

prevenido se le asesta con fuerza un golpe de maza en la cabeza, se le ocasione una conmoción cerebral, y nada más que una conmoción cerebral, sin que el sujeto padezca después una psicosis; y es muy probable que si a este mismo individuo se le hubiera estado amenazando seriamente durante dos horas con asestarle un golpe de maza en la cabeza y finalmente se le diera un golpe muy flojo, padeciera sin conmoción cerebral fenómenos de psicosis traumática.

Nosotros vamos a limitar en lo posible en la disertación de esta noche el término de psicosis traumática a las psicosis exclusivamente engendradas por la acción del traumatismo, o sean aquellas psicosis en las cuales el papel predominante, el papel más importante es debido a la violencia conmocional o contusional debida al traumatismo. Con esto excluimos desde este instante los trastornos psicógenos, todos los trastornos psiconeuróticos o neuróticos que puedan estar relacionados o desencadenados por esta acción emocional que acompaña al traumatismo.

¿Cuáles son las psicosis traumáticas propiamente dichas que se observan como consecuencia inmediata de la acción mecánica directa provocada por el traumatismo? Yo me atrevería a decir que caen dentro de cuatro grupos. Pero antes, séame permitido observar que para limitar así nuestro tema hemos de señalar el hecho de que también descartamos en absoluto de estas psicosis traumáticas todo un sin fin de alteraciones mentales que se han descrito como provocadas por los traumatismos del parto. Efectivamente: todos sabemos como durante mucho tiempo se ha establecido la relación que existe entre determinadas anomalías mentales y los traumatismos obstétricos. Pues bien; este capítulo que es altamente interesante lo descarto en esta ocasión, entre otras razones porque es un capítulo verdaderamente obscuro y en relación con el cual en la actualidad se cree que más que la acción traumática directa del "forceps" o de los traumatismos quirúrgicos, interviene en estas anomalías mentales el sufrimiento fetal, la toxemia que obra sobre aquel feto en el parto. Como digo, este capítulo verdaderamente interesante lo descartamos por las razones ya apuntadas y porque creo que interesa mayormente a los tocólogos.

Pues bien; limitándonos a estas psicosis, cabe decir que pueden ser englobadas dentro de cuatro grupos clínicos, de los cuales tres pertenecen a lo que se denomina psicosis conmocional y el restante a lo que se denomina psicosis contusional.

Psicosis conmocionales son las alteraciones mentales que se acompañan de un síndrome más o menos marcado de conmoción cerebral. En estas psicosis conmocionales se distinguen hoy día tres tipos, que son los denominados psicosis amnésica, estados psíquicos crepusculares y neurastenia traumática o síndrome de FRIEDMANN.

Procedamos ahora al estudio de estas psicosis conmocionales.

Psicosis amnésica.—Desde luego no incluimos dentro de la psicosis la conmoción cerebral o sea el estado de semi-coma, de onnubilación de sensorio que se ob-

serva durante los estados conmocionales. Desde este punto de vista le asiste razón a REICHARD cuando opina que en realidad la denominación de "psicosis" no se ha de aplicar a todo trastorno mental, sino a los trastornos mentales que no estén en relación con las causas que lo han provocado.

Dice REICHARD que si un individuo después de haber sufrido una fuerte conmoción cerebral durante unas horas dice tonterías o incongruencias, no debe ser considerado como afecto de psicosis, sino que por el contrario debería considerarse que padece psicosis si el tal individuo que ha sufrido la fuerte conmoción cerebral no dijera tonterías o incongruencias, ya que lógicamente existe una razón para que el sujeto se exprese en forma ilógica.

El síndrome amnésico fué descrito primeramente por KORSAKOFF que lo observó en sujetos afectados de polineuritis alcohólica. Este síndrome que como decimos fué primeramente descrito como de base tóxica, con posterioridad se observó que se presentaba también en muchas infecciones; y más modernamente, se ha visto que este síndrome amnésico, desprovisto de los elementos álgidos que se observan en los casos de polineuritis alcohólica, es de presentación frecuente en los casos de traumatismos graves.

Veamos cual es la esencia del síndrome amnésico: El sujeto afecto, pasada la fase conmocional durante la cual es imposible hacer ninguna observación de naturaleza psíquica, presenta una falta absoluta de la capacidad de fijación de estímulos o sea que el enfermo pierde la capacidad de fijar los estímulos del exterior, pierde la memoria de fijación; y como a consecuencia de esta pérdida absoluta de la capacidad de fijación de los estímulos, que es debida a una pérdida de la atención o sea a una falta de la capacidad de concentración psíquica, el sujeto parece desorientado. El enfermo da la impresión de estar confuso; y sobre todo, y éste es un punto muy importante, da la impresión de estar más enfermo de la mente de lo que en realidad está, ya que precisamente por no estarlo trata de llenar con confabulaciones las lagunas de su percepción.

Así, podemos encontrarnos ante un enfermo que nos dice cosas francamente inexactas, tales como que ha comido mucho aun estando en ayunas o que ha comido un plato determinado cuando ha sido otro el alimento que ha ingerido. Ante casos de esta naturaleza, podemos creer que el enfermo ha perdido por completo la cabeza, cuando realmente, aunque parezca paradoja aquel enfermo tiene su cabeza bien, o sea que funciona normalmente su juicio de realidad. Lo que sucede con aquel enfermo, es que procura reemplazar cuantos elementos le faltan, o sea en el caso concreto que he expuesto, procura reemplazar el recuerdo de lo que ha comido por una confabulación. Pero esta transgresión de los recuerdos por la confabulación es una función frecuentemente observada en todas las personas normales. Efectivamente: todos nosotros, siempre que nos falta un recuerdo dentro de un conjunto, recurrimos a las pseudo-memorias, que son los elementos de todos los testimonios falsos. Todos nosotros cuando hemos de

describir un hecho que hemos vivido, sin pretenderlo, sin darnos cuenta, añadimos a los recuerdos verdaderos una cierta cantidad de lo que se denomina pseudo-memorias o confabulaciones de elementos psíquicos, con las cuales llenamos las lagunas del conjunto. Y ocurre así, porque toda nuestra mente está organizada a base de esquemas que desarrollamos y completamos de manera parecida a como completamos el texto en una fuga de vocales. Y esto, lo hacen las personas normales de una manera natural, sin responder en lo más mínimo a un proceso patológico.

Lo que sucede, es que mientras hay muchos recuerdos, mientras éstos son vivos y de hechos recientes, esta función de completar los relatos con confabulaciones interviene en proporciones reducidas; pero únicamente deja de establecerse esta función cuando no es solamente el recuerdo él que ha desaparecido, sino también todas las actividades psíquicas.

Así pues, la suplantación de un hecho de memoria por una imaginación fantástica absolutamente irreal es más bien un proceso fisiológico que patológico; y en consecuencia el síndrome amnésico, a pesar de que puede dar una impresión realmente seria, a pesar de que puede dar una impresión de perturbación mental grave, no se acompaña de la pérdida real de las verdaderas funciones mentales. Ocurre algo parecido a lo que se observa en los parafásicos o sea en los que presentan una afasia motriz completa, sino una afasia ligera. Los parafásicos se caracterizan por decir una serie de irrealidades, de barbaridades si se me permite lo vulgar de la palabra; y si hemos de juzgar en estos enfermos por lo que dicen, habríamos de creer que estaban por completo perdidos de cabeza, cuando no es así. Estos enfermos, los parafásicos, cambian unos signos verbales por otros y así pueden decirnos que se han comido "una caja de fósforos" cuando en realidad quieren decir que han comido otra cosa bien distinta, un alimento corriente; y todo ello, ocurre porque estos enfermos han perdido la imagen motriz correspondiente y la substituyen por otra.

El síndrome amnésico se caracteriza por la pérdida absoluta de la capacidad de fijación de estímulos, lo que conduce a la pérdida del material inmediato del pensamiento. Estos enfermos presentan una amnesia anterógrada, o sea que todo cuanto hace referencia a lo sucedido a partir del traumatismo lo recuerdan y han olvidado todo cuanto hace referencia a su vida con anterioridad al traumatismo, a diferencia de otros enfermos que presentan amnesia retrógrada en los cuales se ha perdido el recuerdo a partir desde el hecho inicial.

El síndrome amnésico se puede diferenciar del síndrome confusional a base de juzgar el estado mental del enfermo no por lo que nos dice ni por lo que hace, sino por la exploración de los hábitos que el enfermo había adquirido anteriormente. Un enfermo con síndrome amnésico es un individuo que por sí solo se puede vestir, puede comer y puede realizar todos aquellos actos que tenía con anterioridad adquiridos automáticamente. Un enfermo confusional, no; un enfermo confusional podrá tener capacidad para andar, pero no es capaz de diri-

girse a un punto determinado, no es capaz de andar con un propósito ordenado. En cambio, un enfermo con síndrome amnésico es capaz de realizar los actos automáticamente, dándoles la dirección que representan hechos habituales.

A un enfermo con síndrome amnésico si se le pone delante el original puede copiar un dibujo; en cambio un enfermo confusional es incapaz de copiarlo, aun teniendo delante el estímulo. Y esto ocurre, porque el enfermo con confusión mental pierde la orientación alopsíquica, o sea que no sabe quién es él porque ha perdido la noción de su personalidad y el enfermo con síndrome amnésico conserva la noción de su personalidad y por consiguiente sabe quién es él.

Así pues, aunque las apariencias de uno y otro puedan parecer la misma, existen diferencias tanto por lo que respecta al diagnóstico como en la esencia de los trastornos.

El enfermo con confusión mental siempre está alucinado y el amnésico no está alucinado. Al enfermo con confusión mental se le ha de vigilar mucho porque es un individuo capaz de cometer las mayores barbaridades; el enfermo amnésico es inofensivo. El enfermo con confusión mental no sabe quién es él, no sabe donde está y no tiene la más pequeña orientación del tiempo; ha perdido los conceptos de su personalidad del espacio y del tiempo. Es un enfermo que sistemáticamente está desorientado y que tiene pseudopercepciones. La confusión mental siempre, siempre es alucinatoria. Al enfermo con confusión mental difícilmente le sorprenderemos en un estado que acuse normalidad: o bien está concentrado, como escuchando voces o bien aparece muy agitado.

En cambio el enfermo amnésico por regla general nos recibe con la sonrisa en los labios, afablemente, con apariencia de normalidad; pero pronto se advierte que dice incongruencias, que expresa conceptos irreales.

Otro punto que diferencia uno y otro trastorno es el de la duración. Efectivamente: la confusión mental generalmente es pasajera; pasa rápidamente. El síndrome amnésico puede durar mucho tiempo. Es extraordinariamente frecuente el caso de un enfermo con traumatismo craneal que presenta síndrome amnésico y éste perdura cinco meses, seis meses y aun más tiempo. Por regla general en estos casos la gente, el vulgo sospecha que aquel individuo es un simulador; y lo sospecha, por razón de lo que acabamos de decir, o sea porque en el síndrome amnésico todos los hábitos se conservan y en consecuencia puede parecer por sus actos que el individuo no está de acuerdo con lo que dice, o sea que trata de engañar, ya que sus actos son normales y sus palabras no lo son.

El síndrome amnésico es de pronóstico menos grave por la intensidad de los trastornos; pero de duración más larga que el síndrome de confusión mental.

En el orden terapéutico cabe decir que contra el síndrome amnésico poco puede confiarse de la acción medicamentosa. El síndrome amnésico puede ser susceptible de una reeducación mental, pero es poco influenciado por un tratamiento medicamentoso. En cambio,

en los afectos de confusión mental, la intervención médica, tal como una punción lumbar, unas inyecciones de suero glucosado o una medicación sedante y enérgica establecida durante días puede hacer desaparecer el trastorno mental.

Al lado del síndrome amnésico figuran otros trastornos que pueden catalogarse perfectamente dentro del capítulo de las psicosis traumáticas. Son estos los *estados oníricos o crepusculares*, que se observan como consecuencia de los traumatismos.

El estado crepuscular no podría definirse mejor que diciendo que es un estado durante el cual el enfermo sueña despierto.

Es corriente el caso de sujetos que durante una pesadilla sueñan en voz alta e incluso en los casos de sonambulismo histérico realizan determinadas acciones en pleno sueño. En los casos de sonambulismo histérico, el enfermo puede tener los ojos abiertos; y a pesar de que se orienta y no tropieza con las sillas o demás muebles de una habitación, aquel sujeto está realmente en estado crepuscular, está soñando; está en el mismo estado en que estamos nosotros cuando tenemos un ensueño, a pesar de su apariencia de normalidad.

El estado crepuscular es clínicamente igual al estado de sonambulismo, con la diferencia de que los estados de sonambulismo se observan en los histéricos y en los estados crepusculares pueden observarse en individuos sin constitución histérica, pero siempre desencadenados por un traumatismo que da lugar a una hiperactividad de los centros mesencefálicos. Estos estados crepusculares se observan en las psicosis que van acompañadas de conmoción cerebral, o sean los casos en que se ha registrado una sacudida brusca del cerebro dentro de la caja craneana. Parece como si al quedar en estos casos el sujeto en estado de *K. O.* se desplegara la hiperactividad de los centros optoestriados.

Los dos síndromes, amnésico y crepuscular se observan generalmente sin líneas de transición con el estado conmocional, de forma que pudiéramos decir que constituyen los dos síndromes conmocionales más típicos, pues una vez pasada la conmoción cerebral aguda puede instalarse uno u otro síndrome, amnésico o crepuscular. En cambio, el tercer síndrome, el denominado *neurastenia traumática o síndrome de FRIEDMANN* aparece en la mayoría de los casos tardíamente, o sea que desde el momento del traumatismo a la fecha de aparición de los trastornos psíquicos media un cierto espacio de tiempo variable según los casos; pero como decimos, siempre existe un tiempo intercalar.

El síndrome de neurastenia traumática presenta algunas variedades clínicas. Efectivamente: dentro del síndrome de FRIEDMANN encajan muchos cuadros clínicos, por lo cual se ha afirmado que la característica de la neurastenia traumática es la de ser atípica o sea que no obedece a ningún cuadro fijo. Así como en los demás enfermos mentales se observan cuadros sistemáticos en forma que el médico puede llegar a pronosticar con muchas probabilidades de acierto lo que hará el enfermo al día siguiente, en estas psicosis traumáticas el pronóstico no puede establecerse porque cambia

constantemente, de un momento a otro, el curso clínico de la enfermedad. Este carácter atípico, se comprende fácilmente si se tiene en cuenta que, en realidad, se derivan de los fenómenos de diaquisis que van retrogradando de un día a otro y cambian la fisonomía clínica de estos enfermos. Pues bien; después de un traumatismo cerebral, pueden estudiarse una serie de fenómenos de diaquisis en forma que un sujeto determinado puede presentar una midriasis y al poco tiempo una miosis, o que una oreja está colorada y al poco tiempo se pone pálida; en fin, una serie de fenómenos que enmascaran el cuadro y el diagnóstico focal.

Justamente son estos fenómenos focales neurológicos los que permiten establecer el diagnóstico diferencial entre las psicosis conmocionales y las psicosis contusionales. Las psicosis contusionales se acompañan siempre de fenómenos neurológicos focales por depender estos fenómenos de una lesión fija de los centros cerebrales, lo que da lugar a una serie de fenómenos psíquicos que son algo más estables, más precisos y también más claros por tener una base orgánica bien marcada.

En la neurastenia traumática, el sensorio está despejado; el enfermo no da la impresión que dan los otros enfermos que presentan síndrome de desorientación. El enfermo de neurastenia traumática es un sujeto capaz de sostener una conversación, de atender a su interlocutor y de estar orientado en personalidad, tiempo y espacio. Pero en cambio, puede estar excesivamente triste o contento, preocupado por ideas absurdas; puede tener una sintomatología al lado de la conservación de su personalidad que nos dé una idea clara de que el estado de aquel individuo es anormal.

¿Qué nos permitirá establecer el diagnóstico? En especial la existencia de fenómenos de labilidad vascular. Efectivamente: el síndrome de FRIEDMANN se acompaña de síntomas que ponen en evidencia una gran inestabilidad vasomotriz; sin que se sepa por qué ocurre así; pero el hecho es que en todos los individuos que presentan el síndrome de neurastenia traumática, se observan anomalías de los reflejos vasomotores; y así presentan trastornos térmicos tales como el tener una mano fría y la otra caliente, trastornos de coloración, edemas angio-neuróticos, etc., síntomas todos ellos que dan una idea de la labilidad del sistema vasomotor. Y tanto es así que FRIEDMANN creyó que el origen de estos trastornos era la conmoción del sistema vago simpático, al contrario de lo que se supone como origen del síndrome amnésico y estado crepuscular, en cuyos casos sería el eje cerebro espinal el conmocionado. Así las cosas se podría trazar entre uno y otro síndrome una separación a base de la mayor o menor participación de los centros nerviosos encefálicos o de los centros nerviosos vegetativos.

Las dificultades del diagnóstico en todos estos casos vienen representadas por la posibilidad de que el enfermo no presente ningún síndrome de éstos, pero sin embargo tuviera ya una personalidad psíquica patológica anterior y que el traumatismo sólo haya desencadenado un estado neurasténico o crepuscular o am-

nésico en una personalidad psíquica patológica, síndrome que igualmente se hubiera desencadenado si en vez de mediar un traumatismo hubiera mediado una infección o una intoxicación alcohólica.

Por estas razones, no estableceremos nunca un diagnóstico de psicosis traumática sin antes haber hecho una recolección minuciosa de los antecedentes personales del enfermo, pues únicamente así, a base de los antecedentes personales del sujeto, se pueden establecer una diferencia entre psicosis traumática propiamente dicha y psicosis desencadenada por el traumatismo.

En estos enfermos, son frecuentes las crisis catatónicas, las manías, etc., como consecuencia de un traumatismo sin que el traumatismo no sea más que la causa desencadenante.

Afortunadamente, los antecedentes del enfermo permiten establecer el diagnóstico diferencial.

Las psicosis contusionales se caracterizan principalmente, además de por la existencia de fenómenos focales neurológicos bien marcados, por la existencia de agudos brotes psíquicos. Son los enfermos que según dice el vulgo "han quedado atontados", los que "se hacen tontos de una vez". Son los individuos en los cuales no se observan síntomas psíquicos, que no ejecutan actos que se caractericen por su rareza, pero que si dejan de hacer los actos oportunos y aun los que hacen los ejecutan con una pobreza mímica y de ideas extraordinarias. Son los que constituyen el núcleo grande de las demencias traumáticas que hace unos treinta años se denominaban bradipsiquia y paucipsiquia.

Más interesante aún que estos cuatro grupos de psicosis que acabamos de enumerar son los individuos que presentan trastornos de la personalidad, trastornos que se observan especialmente en los casos de criaturas que han sufrido un traumatismo. Sobre este tema existe una bibliografía abundante, pero quizá el trabajo más interesante y mejor hecho sobre la cuestión es un trabajo de CASSANIN que el año pasado apareció en una publicación norteamericana. CASSANIN es el neurólogo de la Fundación Backer de Chicago. La Fundación Backer es una institución montada con arreglo a los más modernos métodos para tratar las anomalías mentales de los infantes; y en esta institución, CASSANIN ha tenido ocasión de establecer la historia clínica de más de 140 criaturas en las cuales de una manera bien clara, a consecuencia de un traumatismo craneal, se había desarrollado un trastorno de personalidad, o sea un cambio de carácter.

En el caso de estas criaturas que habían sufrido como llevamos dicho un traumatismo craneal, no se observaba ningún síndrome de psicosis traumática bien claro; no se había registrado período agudo, pero en cambio, consecutivamente al traumatismo las criaturas habían cambiado paulatinamente el carácter. Damos por sentado, naturalmente, que se debe de excluir a este respecto los casos en los cuales la transformación del carácter se acompaña de una epilepsia traumática, pues en estos casos de epilepsia traumática es frecuente la observación del cambio de carácter en el sentido de impulso a cometer actos delictivos.

A este propósito, recuerdo que hace algún tiempo se vinieron registrando en la prensa francesa una serie de crímenes que cometió un médico, al que por fin logró detener la policía; y resultó que el protagonista de esta crónica sangrienta había estado en la guerra y sufrido en una de las acciones un traumatismo en la cabeza. En este caso, los juristas estaban prevenidos contra los médicos forenses por temor de que apuraran los argumentos en defensa del compañero procesado; pero se logró demostrar que éste había sufrido una meningitis serosa enquistada y había tenido accesos convulsivos, algunos de los cuales pasaron desapercibidos; y además, había experimentado su carácter un cambio absoluto. Pero como ya llevamos dicho, estos casos en que hay una alteración de carácter coincidiendo con un síndrome de epilepsia traumática, los descartamos al objeto de nuestro tema.

CASSANIN sólo habla de alteraciones de la personalidad que no son debidas a una consecuencia focal, como ocurre con las epilepsias traumáticas. Y estas alteraciones de la personalidad se han observado de manera especial después de lesiones recayentes en lóbulos frontales; y lo que es más interesante es que parece haber un cierto predominio de trastornos de la personalidad en el sentido de perversión moral cuando se trata de lesiones recayentes en el lado derecho. Esta observación puede posiblemente responder a hechos casuales; pero lo cierto es que CASSANIN ha observado que de 29 casos en los cuales existe realmente una psicosis de perversión, o sea pérdida absoluta de la personalidad moral, de forma que las criaturas de su estadística que oscilaban entre cuatro años y diez años habían presentado caracteres normales con anterioridad al traumatismo y después se habían tornado perversas; de 29 casos como llevamos dicho, en 23 el traumatismo había recaído en el lado derecho. No se puede establecer claramente ninguna explicación a estos hechos de observación, pues si en la actualidad hay alguna tendencia a localizar la base de la moralidad en el cerebro, es ciertamente en los centros mesoencefálicos en forma que el mesoencefalo, los núcleos grisáceos cerebrales vendrían a constituir el cerebro afectivo; pero nunca se ha hablado de que las lesiones del lado derecho determinaran una mayor proporción de perversión, que es el hecho observado por CASSANIN.

Lo interesante en este punto es que cuando el traumatismo craneal es sufrido por criaturas o por sujetos cuya personalidad se está formando, cuyo psiquismo está en pleno período evolutivo, podríamos decir que además de la consecuencia inmediata directa del traumatismo, que son los fenómenos que acabamos de exponer, se observan consecuencias lejanas y definitivas en el sentido de que el traumatismo perturba o puede perturbar definitivamente el carácter de los sujetos.

Y al llegar a este punto creo oportuno advertir contra un error en que frecuentemente se incurre por las familias y por muchos médicos cuando se trata de valorizar estos trastornos ulteriores, tardíos. Es frecuente que cuando se habla de una criatura anormal se diga que su anormalidad guarda estrecha relación con una

pedrada o una caída que sufrió. Pues bien, ante casos de esta naturaleza tengamos presente que en la inmensa mayoría de ellos la caída la sufrió porque ya era anormal, excesivamente travieso y la pedrada se la pegaron porque era pendenciero, irascible o sea también anormal; y muchachos de estas características están como se comprende más propensos a sufrir traumatismos que los muchachos sosegados y reflexivos.

Naturalmente que hemos de ser muy minuciosos en la recolección de los antecedentes personales; y a este respecto creo que no estará de más la observación de que en la gran mayoría de los casos la familia nunca nos facilita la buena documentación, pues por razones de su relación afectiva con la criatura exagera o disimula o sea que no nos pone en conocimiento de la verdad escueta, que es el único conocimiento que nos conviene. Por ello, en casos de esta naturaleza es preferible la documentación que puedan aportarnos amigos o servidores de la casa; y solamente a base de una recolección minuciosa de antecedentes se debe y se puede establecer el diagnóstico diferencial.

En Norteamérica se cuentan con mayores facilidades para los efectos del diagnóstico diferencial pues en aquel país casi todos los habitantes han sido fichados debidamente para los efectos del servicio social y es fácil saber el estado de un individuo en una fecha determinada, o sea que se puede venir con facilidad en conocimiento del estado anterior de una persona que recientemente haya sufrido un traumatismo cerebral.

Y con el propósito de resumir, pues de otro modo adquiriría esta comunicación una extensión inusitada podemos decir:

1.º No existe ninguna entidad clínica que se pueda denominar "Psicosis traumática".

2.º Existe una serie de síndromes mentales patológicos que pueden ser u ocasionados directamente por el traumatismo por su acción mecánica o desencadenados por la acción conjunta de aquél y de la conmoción emocional que acompaña a los traumatismos. Seguramente éste es el caso de la inmensa mayoría de neuralgias de "railway-espine" de los accidentes ferroviarios.

Estas cuestiones van ligadas con el espíritu de la Ley de Accidentes del trabajo y afectan muy directamente a las "neurosis de renta".

Todos sabemos como frecuentemente se plantean litigios entre una compañía y sus obreros, porque éstos presentan una serie de trastornos histéricos, subjetivos, funcionales y cómo las compañías y aun los psiquiatras los interpretan como hijos del deseo por parte del obrero de disfrutar de una renta, hasta el punto de que se ha dicho que quien ha creado las neurosis de renta, es la Ley de Accidentes del trabajo y que por consiguiente se debe de suprimir de esta Ley el capítulo correspondiente.

En Alemania recientemente, REICHSMANN y MELLIN hicieron una encuesta muy minuciosa y muy ilustrativa a este respecto. Estos, llevaron a cabo la paciente labor de investigar la evolución de estas neurosis de renta, con posterioridad al fallo dictado por los tribunales a las demandas de indemnización; y la estadística a que lle-

garon acusa que de todos los casos diagnosticados de neurosis de renta y por consiguiente con pérdida del derecho de indemnización, al cabo de seis meses del fallo judicial trabajaba un 87 por ciento de demandantes; pero del 87 por ciento, sólo un 45 por ciento continuaba dedicado a la misma profesión, o sea capacitado para ejercer la misma labor; y el resto, o sea el 42 por ciento trabajaba en labores más sencillas y menos retribuidas. Y un 13 por ciento del total de demandantes, continuaba sin trabajar, a pesar de que ya no les cabía ninguna posibilidad ni esperanza de reivindicación.

Esto concuerda perfectamente con lo que acabamos de decir, o sea con los trastornos que se observan como consecuencia de traumatismos no profesionales. Los efectos que sobre el psiquismo tiene un traumatismo no dependen ni guardan relación con la intensidad del traumatismo, sino con la duración e intensidad de la emoción. Si ahora yo sacara una pistola y amenazara encañonándola hacia ustedes, la emoción que sintieran dependería de lo que cada uno de ustedes me creyera capaz de disparar o no disparar. Este factor, el emocional, se ha de tener muy en cuenta en cuanto afecta a este tema.

Y para terminar, una recomendación u observación de orden terapéutico: Cabe decir que en todos los casos de psicosis traumática se debe practicar sistemáticamente la punción lumbar, desde luego con todos los cuidados que su práctica requiere, interealando manó-

metro de CLOT y midiendo la baja de presión. Pero he observado como muchos cirujanos tienen la tendencia de pretender aquietar o sedar a los enfermos de esta naturaleza, administrándoles opio. Y el opio, en estos casos, está contraindicado por ser, como ustedes saben, un medicamento vasodilatador. Es, pues, preferible recurrir al bromuro, a la hioscina o a cualquier otro sedante.

El opio es un agente congestivo, vaso-dilatador cerebral; y por consiguiente, cuando queramos aquietar, sedar a un sujeto que por una fractura craneal presente trastornos nerviosos, hemos de desechar el opio y también el pantopón; y recurriremos preferentemente a la hiosciamina, al "Luminal" e incluso al "Somnifer". En estos casos, hay que proibir, desterrar de la terapéutica el opio, cuya administración puede determinar una hemorragia, una congestión cerebral más intensa. Para formarnos idea de la contraindicación del opio, baste decir que este agente es la medicación ideal de los melancólicos, con el propósito de excitarlos. Creo que con esta recomendación no he ofendido la cultura profesional de cuantos me honran con su asistencia; y tanto menos por lo que yo creo que ninguno de los presentes incurre en esta contraindicación.

Y termino: quedo cordialmente agradecido por el honor que me ha concedido la Sociedad de Cirugía y atención con que sus socios han seguido mi extensa disertación.