

Actualidades

Casos de cabeza crónicos

C. Anderson. Lancet, p. 1 - 4. Julio 1942.

El autor, que es un Neuropsiquiatra del Servicio Médico de Urgencia del Ministerio de Sanidad Británico, describe una investigación clínica de una serie de 150 pacientes militares consecutivos, en los que una lesión de cabeza anterior se suponía ser la causa de los síntomas.

El promedio de duración de los síntomas antes del ingreso fué de 10 meses, y los síntomas comprendían jaquecas, vértigos, desmayos, irritabilidad, leve depresión, respuesta maniaco depresiva, mala memoria y concentración, ataques histéricos y epilépticos, fugas, amnesias, parestias, trastornos de la sensibilidad e impotencia.

Con excepción de un pequeño número de casos con signos neurológicos (7%), se vió que ni un sólo síntoma o grupo de síntomas fué patognomónico de alteración psicógena u orgánica. La duración de los síntomas no sirvió de guía de su origen y sólo mediante determinación de la personalidad en su conjunto y sus reacciones al trauma psíquico o físico, fué posible conseguir un cuadro verdadero de las reacciones.

El autor clasifica dichas reacciones, observadas en la serie en cuestión, de la manera siguiente:

1. *Neuróticas (69 casos)*. En este grupo hubo 62 casos histéricos. La mayor parte de ellos eran anteriormente personalidades inestables, pero hubo un buen número de individuos bien integrados previamente, en los cuales la lesión de cabeza obró a manera de factor precipitante en la producción de una neurosis debida en gran parte a culpabilidad por sentimientos de temor y odio despertados por la lucha en la guerra. Cinco de estos casos fueron defectuosos mentales, y sus respuestas al trauma procedían de ansiedad por sentirse incapaces de ajustarse bien en un Ejército entrenado y mecanizado.

Siete casos se clasificaron como de tipo obsesivo. Dudas, indecisiones y preocupaciones se concentraron en la cabeza anteriormente

lesionada, y hubo una enérgica negativa de problemas emocionales ocultos por la actitud observada.

2. *Secuelas Orgánicas.* En 56 casos los síntomas fueron juzgados de origen físico. 23 presentaron deterioro intelectual al pasar por la prueba mental y 4 presentaron cambio de carácter; 12 sufrieron sólo ofuscación temporal pero sin embargo presentaron síntomas residuales orgánico.

3. *Reacciones psicopáticas.* Hubo 14 casos en este grupo. Fueron maniaco depresivos o esquizofrénicos en carácter y 8 de ellos dieron historias de trastornos psicopáticos anteriores en ellos mismos o en sus familias.

4. *Estados mixtos.* En esta categoría se incluyeron diez casos. Sus síntomas fueron neuróticos y orgánicos. Los síntomas neuróticos procedían de un intento de negar un cambio en la personalidad debido a lesión orgánica.

Sólo hubo un simulador en la serie, y su historia previa demostró que se trataba de un psicópata.

El tratamiento consistió en psicoterapia, ejercicios físicos graduados (incluyendo ejercicios de cabeza), narco-análisis, narcosis continua y sopor insulínico.

De la serie total de 150, 64 volvieron a sus unidades y 86 fueron recomendados para ser dados de baja del Ejército.

Las respuestas a la lesión de cabeza (como a cualquier otro trauma o alteración) dependen del hábito del paciente o respuesta a la alteración, y de su actitud emotiva frente a su temor de alteración de su personalidad, así como al cambio orgánico producido por la lesión.

Los signos neurológicos son relativamente poco frecuentes después de lesión de cabeza, y por consiguiente las investigaciones psiquiátrica y psicométrica son importantes. Los casos sospechosos de neurosis o simulación pueden haber desarrollado secuelas orgánicas después de lesión ligera. El control neuropsiquiátrico de estos casos es conveniente desde su comienzo hasta tomar una decisión final con el paciente. Es inútil hacerle regresar al servicio si no está comple-

tamente restablecido. El paciente que niega su enfermedad puede presentar reacciones neuróticas que acaban superponiéndose a los síntomas orgánicos.

El aspecto radiológico de la Gastritis

F. R. Herridge. Brit. J. Radiol, p. 1 - 10. Enero 1942.

En los últimos años ha habido considerables avances en el estudio de las alteraciones de la pared gástrica que han sido descritas como "gastritis" y las clasificaciones detalladas de tales alteraciones se han basado en los aspectos gastroscópicos. En opinión del autor, sin embargo, la anatomía patológica sigue siendo la verdadera base de clasificación de las gastritis, y sobre ella se han descrito dos tipos predominantes.

- (1) Gastritis erosiva crónica en la cual los pliegues de la mucosa tienden a estar hinchados.
- (2) Pangastritis difusa con mucosa atrofiada.

Estos dos tipos no se hallan netamente separados y la primera forma puede convertirse en la segunda.

Según Forssell (1913) la actividad funcional de la mucosa gastro-intestinal es gobernada por la "autoplasticidad" que permite a la mucosa adaptarse localmente como una lámina plástica a las necesidades de la digestión. El autor atribuye la función de los pliegues individuales a la acción de la muscularis mucosae. Los pliegues se forman por el doblez de la membrana mucosa sobre la muscularis propia. Los cambios en el contenido líquido de los tejidos y vasos de la submucosa determinan variaciones en el tamaño y consistencia de los pliegues. Por consiguiente, la submucosa es de importancia primordial en la formación del relieve de la mucosa. El grado de laxitud de la unión entre muscularis propia y membrana mucosa varía en diferentes partes del estómago siendo superior en la curvatura mayor y menor en la curvatura menor. Estas variaciones modifican la acción de la autoplasticidad que es más pronunciada donde la unión es más floja.
