

*Neurologia*  
*(2)*

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

-----

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA PRUE-  
BA DEL SOMNIFENO EN LOS CATATONICOS.-

\_\_\_\_\_

TESIS QUE PRESENTA RAMIRO ONGAY GONZALEZ  
EN SU EXAMEN GENERAL DE MÉDICO CIRUJANO.-

México.

1930

-



N.º 68.

## INTRODUCCION

Cumpliendo con el requisito indispensable, de presentar una prueba escrita para sustentar el examen general de Médico Cirujano, he realizado este pequeño trabajo, que se refiere a hechos no originales, pero sí de publicación reciente.-

Sabido es que desde hace ya algunos años, las pruebas farmacodinámicas han sido utilizadas no solamente en la exploración del Sistema Nervioso Organo-vegetativo, sino también en la exploración del Sistema Nervioso Cerebro-espinal.- Delmas-Marsalet, ha utilizado la prueba de la escopolamina en los parkinsonianos, y ha podido por este medio, poner en evidencia en estos enfermos signos piramidales transitorios.-

En el mismo orden de ideas Claude y Baruk en 1928 utilizaron lo que ellos llaman "la prueba del somnífero" que parece haberles dado algunos resultados interesantes en el estudio de la catatonía.- Vieron que inyectando somnífero Roche por la vía endo-venosa aparecían en los catatónicos y sólo en esta clase de enfermos, a medida que se desarrollaba la acción del medicamento, una serie de manifestaciones motoras sucesivas poniendo en acción centros cada vez menos elevados, hasta la aparición de signos piramidales transitorios, poniendo así en evidencia en estos enfermos, una tendencia a la disociación y a la liberación de automatismos motores de complejidad variable, según interpretación dada por sus autores a los fenómenos observados.

Los resultados obtenidos con esta prueba han sido para ellos, un apoyo más para demostrar que los trastornos motores de orden catató

nico, no podían ser asimilados a los trastornos motores descritos en neurología en las lesiones mesocefálicas y en alteraciones de los núcleos grises centrales, como algunos autores han intentado, sino que se trataba de un estado especial del neuro-eje que se pone en evidencia con la prueba del somnífero.-

Desde que Claude publicó estos estudios parece que no han sido repetidos y creo que trabajos de esta naturaleza merecen ser controlados, ya que adquieren más valor a medida que se comprueben en el mayor número de casos y por un número mayor de observadores.-

Este es pues el objeto de mi modesto trabajo: repetir las experiencias de Claude, controlarlas, y ensayar llegar si es posible a algunas conclusiones.-

El Señor Doctor Arturo Rosenblueth, cuya competencia en estos asuntos es bien conocida, ha tenido la bondad de orientarme y dirigirme en este trabajo; desde este lugar le agradezco su valiosa ayuda.-

Tengo la esperanza de que los señores jurados encargados de juzgar esta modesta labor, sean benévolo en su fallo al calificar el trabajo de quien con tan poca preparación escribe sobre un asunto de orden experimental.-

Para la mayor comprensión de esta Tesis, la dividiré en varios pequeños capítulos: en el primero recordaré brevemente los principales síntomas de la esquizofrenia catatónica; en el segundo capítulo daré a conocer la prueba del somnífero tal como la hicieron sus autores Claude y Baruk y los resultados que obtuvieron; en el capítulo tercero diré algunas palabras a propósito de los estudios recientes hechos para diferenciar el síndrome motor catatónico, de los síndromos descritos en las lesiones mesocefálicas y en alteraciones de los núcleos grises centrales, limitándome a mencionar rápidamente los

hechos adquiridos, haciendo hincapié sólo en lo que se refiere a la prueba del somnífero y a la interpretación dada por sus autores a los resultados obtenidos, que constituye el motivo de esta Tesis; en el cuarto capítulo consignaré mis observaciones personales que hice en diez enfermos en pleno estado de catatonía, en dos catatónicos en estado de remisión y en tres bradiquinéticos.- Como control, hice experiencias en sujetos normales desde el punto de vista motor -- que para el caso es lo que interesa y al efecto experimenté en cinco hebefrénicos, un alcohólico y un paranoico.- En cada caso experimentado mencionaré primero, sólo los síntomas muy salientes que presenta el enfermo y luego las observaciones hechas durante la prueba.- En el capítulo quinto, interpretación y conclusiones.-

-----

Los principales síntomas

de la esquizofrenia catatónica.-

-----

La forma catatónica de la esquizofrenia...  
El estado de catatonia descrito por Kraepelin, con sus  
características por estados particulares de estímulos  
de actividad que terminan con la catatonia y  
accidentes de negativismo, de sugestionabilidad y  
de catatonia.

El negativismo es "una tendencia permanente  
destinada a resistirse contra toda acción  
del mundo del exterior, cualquiera que sea su  
naturaleza" (Kraepelin). - Esta catatonia, verdadera  
forma de oposición, como se llama en otros  
se traduce por la resistencia del sujeto, de él  
a la acción del mundo exterior.

## CAPITULO I

### Los principales síntomas

### de la esquizofrenia catatónica.-

-----  
Los síntomas, de catatonia, se caracterizan por  
que se quiere de ellos, sino que se quiere  
como lo contrario; al no ser que el  
los ojos, los miran fuertemente, etc.  
de negatividad, uno de los síntomas  
que presentan estos enfermos, es una tendencia  
general e instintiva a adoptar una actitud  
contra el exterior, cualquiera que sea su  
naturaleza. - Se trata pues, no sólo de una simple  
actitud para recibir en silencio verbal, sino  
también de una negatividad pasiva extrema, como  
la, análoga a la de los catatónicos. - Estos en  
fuerza de oposición y resistencia contra las actitudes  
que se les imponen, son las actitudes y pases

La forma catatónica de la esquizofrenia -- tal como se concibe desde Kraepelin, está constituida por estados particulares de estupor y de agitación que terminan con la demencia y -- acompañados de negativismo, de sugestibilidad y de estereotipia.-

El negativismo es "una tendencia permanente e instintiva a resistirse contra toda solicitud venida del exterior, cualquiera que sea su naturaleza" (Kahlbaum).- Esta tendencia, verdadera locura de oposición, como se llamaba antes, se traduce por la resistencia del sujeto, no sólo a los movimientos que se trata de imprimir a sus miembros, sino a todo lo que se solicita de él o que se le ordena: se rehusa a hablar, a escribir, a caminar, a comer, a acostarse, a vestirse, etc.- La oposición no se limita sólo a los estímulos exteriores (heteronegativismo), sino que hay también resistencia a los propios deseos, a las propias necesidades del enfermo; se resisten lo más que pueden: a orinar, a defecar, a deglutir la saliva, a comer, etc.- Muchos catatónicos, no solamente se oponen a lo que se quiere de ellos, sino que ejecutan precisamente lo contrario; si se les dice que abran los ojos, los cierran fuertemente, etc.-

La sugestibilidad, otro de los síntomas -- que presentan estos enfermos, es una tendencia general e instintiva a adoptar toda solicitud venida del exterior, cualquiera que sea su naturaleza.- Se trata pues, no sólo de una simple aptitud para recibir sugerencias verbales, sino también de una docilidad pasiva extrema, completa, análoga a la de los catalepticos.- Estos enfermos adoptan y conservan todas las actitudes en que se les coloca, aun las más raras y peno-

sas de sostener, "flexibilidad c rea".- Ejecutan dócilmente y con rapidez las órdenes que se les da:- si se les dice, por ejemplo, levántese, sientese, camine, etc., se verá que ejecutan la orden como movidos por un resorte.-

Otras veces siguen más o menos largo tiempo ejecutando solos algún movimiento que se les haya comunicado.-

Esta pasividad de los catatónicos que como se ve, es la inversa de su negativismo, coincide con ella frecuentemente en el mismo enfermo, y esta mezcla de obediencia y resistencia morbosas en un mismo individuo, constituyen una especia de contraste extraño y paradójico.-

La estereotipia está caracterizada por la duración anormal de las impulsiones motoras, ya se trate de una contractura permanente de cierto grupo de músculos, o de la repetición de un mismo movimiento (Kraepelin).- Se dividen en estereotipias de actitud (estereotipias aquin ticas) y en estereotipias de movimiento y de actos (estereotipias paraquin ticas).-

Las estereotipias de actitud en la esquizofrenia catatónica son muy variadas e imprimen a estos enfermos una fisonomía clínica muy especial: permanecen durante mucho tiempo en las actitudes adoptadas; en la cama se les ve encogidos en gatillo de fusil o bien con las rodillas levantadas, la cabeza unas veces levantada, otras veces hundida en las almohadas o debajo de las sábanas.- Fuera del lecho, unos están en cuclillas o de rodillas, apelotonados sobre sí mismos; otros, sentados de lado, sobre una nalga en posiciones anormales y fatigantes; muchos están de pie sobre los talones, o sobre las puntas de los pies o de un solo pie, inmóviles, con la cabeza inclinada y las demás partes del cuerpo en la actitud adoptada.- Los distintos segmentos de los miembros, en actitudes muy variadas y duraderas (conservación prolongada de las

actitudes segmentarias o fenómeno de catalepsia local).- Así es como llegan a formarse en algunos enfermos estas contracturas y retracciones tendinosas definitivas que frecuentemente presentan.-

Los catatónicos están casi siempre en estado de estupor, en un estado de inactividad completa, parecen incapaces del menor movimiento.- Pero con frecuencia se les ve salir de este estado y bruscamente tienen una impulsión, por ejemplo, dan un golpe o insultan a alguien, etc. y vuelven a caer en su actitud de inmovilidad.- Son los raptus que tan comúnmente se ven en estos enfermos.- Estos dos últimos síntomas, este reotipias e impulsiones, constituyen las hiper-cinesias de algunos autores.-

Hay también pérdida o por lo menos disminución de la iniciativa motriz, que consiste en que estos enfermos son poco capaces de realizar movimientos activos, aparte de lo que se refiere a sus impulsiones y a sus estereotipias.-

Se observa también que casi siempre hay hipertonía muscular durante las actitudes catatónicas y con mayor frecuencia estas actitudes son en flexión.-

Algunas veces tienen sialorrea, vómitos y no son raras las ocasiones en que hay trastornos respiratorios: polipnea o apnea pasajeras -- amén de todos los demás trastornos psíquicos -- que omito describir.-

-----

CAPITULO II

La Prueba del Somnífero

(Claude y Baruk)

-----

Esta prueba consiste en la inyección intravenosa de dosis de somnífero «solución glicerino-açuoso-alcohólica de sales dietilaminadas de los ácidos dietil e isopropil alilbarbitúricos» que varían entre siete y diez centímetros cúbicos, según la talla y el peso del sujeto, previo examen neurológico completo.- Se examina enseguida durante la narcosis la tonicidad muscular, los reflejos y las reacciones motoras consecutivas a las excitaciones cutáneas.-

Claude y Baruk en cinco catatónicos y ocho de control han visto con esta prueba los hechos siguientes:-

Primero.- En los no catatónicos, todo se limita a un estado de narcosis habitual, con resolución muscular.-

Segundo.- En los catatónicos se observa:-

A)- Una serie de manifestaciones motoras que se suceden en el orden siguiente a medida que la narcosis se acentúa:

a- Al principio, movimientos o gestos complejos de carácter voluntario.-

b- Más tarde, signos de rigidez decerebrada de intensidad variable.-

c- Algunas veces, reflejos parecidos a los de automatismo medular, consistiendo en los fenómenos de flexiones y extensiones de defensa, y otras veces en reflejos cruzados.-

Tercero.- En algunos casos, aparición de signos piramidales (signo de Babinski, clonus, reflejos de defensa y de automatismo medular).-

Notaron también que el somnífero hizo reaparecer el signo de Babinski en un caso de enfermo catatónico que meses antes había presentado transitoriamente este signo.-

Cuarto.- Trastornos simpáticos con gran --

exageración de los reflejos pilomotores; notaron además crisis de tos durando uno o dos minutos, sobre todo cuando se mueve al enfermo.-

Los autores de la prueba aconsejan practicarla con las más grandes precauciones en sujetos vigorosos exentos de taras viscerales y en condiciones de vigilancia extremadamente minuciosas.-

-----

### CAPÍTULO III

Breve mención de los resultados conseguidos para verificar la hipótesis de una similitud entre los trastornos motores espasmodicos y los trastornos motores de las lesiones gastrociliares y de los músculos esternos respiratorios, comprobación por sus métodos de la prueba del diagnóstico.-

-----

### C A P I T U L O III

---

Breve mención de los estudios realizados para negar la hipótesis de una similitud entre los trastornos motores catatónicos y los trastornos motores de las lesiones mesocefálicas y de los núcleos grises centrales.- Interpretación por sus autores de la prueba del somnifeno.-

-----

Algunos autores han intentado en estos últimos años, asimilar los movimientos anormales y los trastornos motores observados en el curso de la catatonía, a los que son descritos en neurología en las lesiones mesocefálicas y en alteraciones de los núcleos grises centrales.-

Esta hipótesis no es admisible; Claude, -- Thévenard y Baruk lo han demostrado recientemente, en particular con los resultados de la exploración metódica de los reflejos de postura, de los reflejos de actitud, de las curvas electromiográficas y de las pruebas farmacodinámicas, -- que demuestran claramente que a pesar de una -- analogía superficial existen sin embargo diferencias muy importantes entre el síndrome motor catatónico y los síndromos mesocefálicos.- En el síndrome motor catatónico, las manifestaciones motoras rítmicas de aspecto mecánico y este rectipado, pueden más bien explicarse por una especie de inhibición del psiquismo con liberación de procesos motores y de sincinesias complejas.- De modo que estos movimientos se efectúan con una participación insignificante, imperceptible de la voluntad activa del sujeto; -- tal parece como si fuera un simple espectador de los movimientos que su cuerpo ejecuta sin su control.-

De la misma manera se puede explicar la -- conservación prolongada de las actitudes segmentarias o fenómenos de catalepsia local.-

Si en un parkinsoniano se coloca el pie en flexión dorsal, se observa que esta posición se conserva casi indefinidamente y la decontracción es lenta, prolongada (reflejo de postura -- prolongado).- Este fenómeno se explica por una excitación articular que ha provocado una con--

tracción refleja que mantiene el pie en la posición imprimida.- Es una acción local, propioceptiva independiente del psiquismo.-

En un catatónico se observa que el fenómeno es variable, unas veces el pie se inmoviliza indefinidamente y otras veces cae bruscamente.- Además, y esto es más interesante todavía, la contracción del tibial y de los extensores, tiene lugar frecuentemente desde el principio del movimiento, aún se podría decir que precede al movimiento pasivo imprimido al pie del enfermo y por consiguiente no puede ser debida a una verdadera excitación refleja.- La decontracción se hace con frecuencia bruscamente por resaltos sucesivos.-

Por consiguiente clínicamente se advierte ya en estos fenómenos una participación psíquica importante.- H. Baruk y F. Morel han demostrado esta participación psíquica de una manera objetiva, por medio de las curvas electromiográficas y han demostrado también la importancia de las modificaciones que se pueden imprimir a la catalepsia por medio de diversiones psíquicas apropiadas.-

Por último, algunos agentes farmacodinámicos como la escopolamina, que aniquila los reflejos de postura y que por consiguiente hace desaparecer la inmovilidad parkinsoniana, queda sin ninguna acción sobre la catatonía.-

Todas estas comprobaciones son muy claras sobre inscripciones gráficas.- Estos hechos -- muestran que la conservación de las actitudes en la catatonía no se debe a un factor local reflejo o muscular, sino a ciertas modificaciones de la conciencia.- No es un trastorno motor aislado sino un trastorno psico-motor.- Representan como lo dicen Baruk y Morel, un olvido de los miembros en la posición en que se les ha colocado.-

Claude y Thévenard, han demostrado todas -

las diferencias que separan los trastornos motores de orden catatónico de los trastornos análogos observados en el curso de lesiones mesocefálicas y en particular de los trastornos que reposan sobre un ataque de las funciones de postura elementales.-

La diferencia principal entre estos dos órdenes de trastornos, reside en la participación del psiquismo en uno de ellos: en las lesiones mesocefálicas la personalidad del enfermo es -- conservada y lucha contra un trastorno motor; al contrario, en el catatónico, el psiquismo forma parte del trastorno motor.- Los movimientos -- anormales, tienen un carácter complejo voluntario.- La rigidez cuando existe toma la forma de una oposición activa.- La inmovilidad y la catalepsia traducen una especie de suspensión, de olvido psíquico.-

Pero la distinción entre las afecciones -- llamadas orgánicas y la esquizofrenia catatónica, no reposa tanto sobre la naturaleza de los factores etiológicos, y sobre la oposición de -- factores de orden anatómico o psicógeno, como sobre el nivel jerárquico diferente de los procesos que ellos ponen en juego:- los primeros, atacando sobre todo automatismos especializados más o menos localizados; los segundos, atacando las funciones psíquicas y psicomotrices superiores, sintéticas y voluntarias.- Estas funciones psicomotrices superiores pueden ser atacadas -- por procesos de la misma naturaleza, infecciosos, tóxicos, etc. como los que determinan las afecciones orgánicas clásicas.-

Esta noción ha sido muy bien descrita por Wilson, en sus estudios sobre la rigidez decerebrada, principalmente en sus relaciones con la histeria.-

Wilson escribe: "Si nos representamos el -- grado más superficial de la disociación histerica que interesara el nivel de las neuronas ---

transcorticales, los movimientos liberados tendrán un aspecto voluntario y complejo, pareciéndose a una actitud motora normal, sin que haya en ellos sin embargo, una participación plenamente consciente; si de la misma manera, suponemos que la desintegración funcional descienda a niveles de neuronas menos elevadas, deberíamos esperar observar fenómenos morfológicamente análogos a los de la rigidez decerebrada, lo que es precisamente el caso".- De esta manera, los movimientos de ciertas crisis histéricas moderadamente graves, reciben una explicación fisiológica e ilustran acerca de los desórdenes de función que se han asociado a los factores que determinan la decerebración orgánica humana.-

Baruk y Morel en colaboración con el profesor Claude, en investigaciones recientes, han podido verificar de una manera objetiva y notable, valiéndose de la prueba del somnífero, esta noción de disociación y de liberación sobrevenida a niveles diferentes en los catatónicos.

Ya en líneas anteriores he consignado las experiencias hechas por estos autores con el somnífero y los resultados obtenidos por ellos.

Se ha visto según estos resultados, que en un sujeto normal todo se limita a un estado de narcosis con resolución muscular.- Cuando mucho puede notarse algunas veces una tendencia a la pronación de los miembros superiores que por otra parte no tiene nada de característico.- Que al contrario, en algunos catatónicos en las mismas condiciones, estos autores han podido notar, durante la hora que sigue a la inyección, fenómenos sucesivos, traduciendo procesos de liberación cada vez más profundos que determinan al principio, aunque en plena narcosis, reacciones complejas y pareciéndose a gestos o a movimientos voluntarios, después, en seguida, signos evidentes de rigidez decerebrada.-

En uno de sus enfermos, han podido seguir-

a medida que se desarrollaba la acción del medicamento, una serie de manifestaciones motoras - sucesivas poniendo en acción centros cada vez - menos elevados.- Al principio pudieron notar es tereotipias motoras y gestos complejos de aspec to voluntario y sin embargo la conciencia esta ba en esos momentos completamente abolida.- Des pués vieron aparecer una rigidez decerebrada tí pica, análoga a la que se obtiene en un animal- por transección mesencefálica.- Por último, en una fase más avanzada de la narcosis, vieron -- aún un bosquejo de reflejos de automatismo medu lar.-

Todo parece demostrar en este enfermo que existe en los catatónicos una fragilidad especial de ciertos sistemas arquitectónicos y una tendencia a la disociación y a la supresión de ciertos procesos de control.-

Estos hechos según los autores mencionados, permiten casi penetrar de una manera experimental, el mecanismo de la catatonía.-

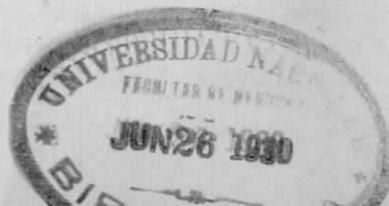
Tal parece, según los hechos, que a medida que se produce la acción del somnífero, provoca una serie de liberaciones sucesivas a niveles - diferentes.-

De todos estos hechos, Claude hace las dos conclusiones siguientes:-

Primero.- Desde el punto de vista fisiológico, el síndrome motor catatónico no puede ser considerado como debido exclusivamente a un pro ceso localizado en los núcleos grises centrales; traduce igualmente un ataque del control cortical, en relación probablemente con un proceso - patológico difuso.-

Segundo.- Los datos clínicos y fisiológicos concuerdan para mostrar en esta afección, la importancia de los fenómenos de liberación psíquica y psicomotora.-

-----





Caso I.- M.A. de 25 años de edad.- Peso 45 kilos 100 grs.- Estatura 1.62 mts.-

Este enfermo, está generalmente sentado en una banca de su pabellón guardando durante horas enteras una misma actitud, no contesta una sola palabra, presenta risas inmotivadas, adopta todas las actitudes en que se le coloca (flexibilidad cérica muy marcada).-

A la exploración neurológica, no se encontró ninguna particularidad anormal aparte de lo ya dicho.- Su tono muscular y sus reflejos son normales.-

La exploración general de todo su organismo, demostró un buen estado de salud.-

Diagnóstico:- Catatonía,-

A las 12.30 h., inyección intravenosa de siete cc. de somnífero: narcosis inmediata.- En este momento el enfermo ejecuta movimientos bruscos de levantamiento de los hombros como tratando de quitarse algún estorbo.- Intento explorar el tono muscular y al movilizar los miembros, el enfermo se opone por un movimiento contrario, brusco y pasajero.-

Vuelvo a explorar a las 12.45 h. y encuentro que la narcosis es ya profunda, el reflejo corneano abolido, la pupila puntiforme con sus reflejos normales.-

El tono muscular está ligeramente disminuído y los reflejos osteotendinosos un poco débiles.- Reflejos cutáneos abdominales, abolidos.- Comienzan a bosquejarse actitudes de decerebración.-

A las 13 h. estas actitudes son típicas.- Hay hipertonia muscular, los reflejos osteotendinosos son fuertes en los miembros superiores, los rotulianos exaltados.- El reflejo plantar -

está invertido en extensión de todos los ortijos, hay clonus del pie.-

Las excitaciones cutáneas en este momento, desencadenan reacciones motoras violentas y clónicas en casi todo el cuerpo, o sólo en la mitad del cuerpo en que se hace la excitación.- Otras veces se ve que excitando la piel de uno de los miembros inferiores las respuestas de este van acompañadas de una respuesta del miembro inferior del otro lado, o del miembro superior del mismo lado o del lado opuesto.-

A las 13.15 h. estas excitaciones provocan retracciones bruscas de defensa de los miembros.

Quedaron abolidos los reflejos de postura.

Los reflejos pilomotores se mantuvieron aumentados.-

Durante la prueba la frecuencia y el ritmo respiratorios se mantuvieron normales.-

El pulso estuvo a 56 de frecuencia conservando sin modificación sus otros caracteres.-

siones de defensa del cuerpo y del otro miembro.

---

Caso II.- G.C. de 26 años de edad. Peso 52 kilos.- Estatura 1.70 mts.-

Este enfermo está siempre de pie con la cabeza inclinada, el antebrazo derecho en flexión guardando esta actitud durante mucho tiempo.- Al intentar hacer la extensión del miembro el enfermo opone una resistencia enérgica.- Es negativista en ocasiones.- Cuando se movilizan sus miembros aparecen ligeras rigideces, pero adopta y conserva las posiciones que se le ordenan.- Contesta con retardo y pocas veces lo que se le pregunta.-

Su exploración neurológica no presentó aparte de lo dicho ninguna otra anormalidad.-

La exploración minuciosa del resto de su organismo no dió ningún dato anormal.-

Diagnóstico:- Catatonía.-

A las 12.15 h. inyección intravenosa de --  
ocho cc. de somnífero: narcosis inmediata.-

Durante los primeros treinta minutos todo se limitó a este estado con resolución muscular completa.- Pasado este tiempo, empezaron a bosquejarse actitudes de decerebración.- El tono muscular está disminuido, los reflejos osteotendinosos muy débiles, los cutáneos abdominales abolidos y su exploración provoca reacciones motoras en los miembros inferiores del mismo lado.

A los 54 minutos la pupila es puntiforme.- Las actitudes de decerebración son muy pronunciadas.- Los reflejos rotulianos están abolidos; hay un signo de Babinski clarísimo.- No apareció clonus en toda la duración de la experiencia.- Pudo hacerse con facilidad la extensión del miembro superior derecho.-

Por momentos el enfermo encogía sus miembros superiores y luego los extendía.-

Las excitaciones cutáneas provocaban reacciones de defensa del miembro excitado, y a veces del otro miembro del mismo lado.-

Los reflejos de postura quedaron abolidos.

Los reflejos pilomotores se mantuvieron acentuados.- La respiración normal.-

El pulso disminuyó de frecuencia durante toda la prueba llegando hasta 50 por minuto.- Sus demás caracteres normales.-

---

Caso III.- J.O. de 30 años de edad. Peso -  
71 kilos 500grs.- Estatura 1.73 mts.-

Este sujeto, muy vigoroso, tiene tendencia muy marcada a la conservación prolongada de las actitudes segmentarias; estas actitudes son estereotipadas, es negativista en pequeño grado.-

Su exploración neurológica no demostró aparte de lo dicho ninguna anormalidad.-

Su estado de salud general es inmejorable.-

Diagnóstico:- Catatonía.-

Inyección intravenosa de 10 cc. de somnífero.- Al terminar la inyección, el enfermo, que había estado muy tranquilo, tuvo un sobresalto muscular y trató de incorporarse retirando el brazo.- Inmediatamente después quedó profundamente dormido con resolución muscular absoluta. Poco después de la inyección aparecieron pandiculaciones.- A los quince minutos, cuando se exploraba al enfermo, aparecían contracturas musculares que ponían los miembros inferiores en extensión, salvo los pies que estaban en flexión forzada.- En los miembros superiores había flexión forzada de la mano y extensión del antebrazo.- A los 30 minutos hubo actitudes de decerebración.- Si se exploraba el tono muscular con cuidado se veía que estaba disminuido, pero cuando las maniobras eran un poco bruscas, aparecía rigidez.- A los 45 minutos aproximadamente los reflejos osteotendinosos estaban exaltados, hubo Babinski y clonus muy marcados.- En este momento la excitación cutánea de un miembro superior provocaba primero, respuesta en los inferiores y luego en los superiores.- A los 60 minutos los miembros estaban siempre rígidos y la hipertonia fué sobre todo marcada en la raíz de los miembros, principalmente en los hombros.- Si se levantaba un brazo, y después se le dejaba caer, no seguía la acción de la gravedad, sino que venía a colocarse al lado del tronco con el antebrazo en semiflexión sobre el tórax.-

Las excitaciones violentas en las piernas denotaban automatismo medular, reflejos de defensa bien marcados por flexiones.- Además, irradiación, contractura del otro miembro inferior y de los superiores y al final, de los músculos de la cara.-

Los reflejos de postura quedaron abolidos.

Los reflejos pilomotores estuvieron acentuados, y la carne de gallina se mantuvo cons--

tante y generalizada.- Hubo una crisis de tos -  
quintosa al principio de la observación.-

La respiración se conservó normal durante  
la prueba.- El pulso que al principio disminuyó  
de frecuencia, adquirió en pocos minutos su es-  
tado normal.-

---

Caso IV.- G.B. de 23 años de edad.- Peso-  
46 kilos 800 gramos.- Estatura 1.62 mts.-

Esta enferma permanece de pie mucho tiempo,  
con la cabeza inclinada y los brazos a lo largo  
del tronco.- Es tan largo el tiempo que se man-  
tiene en esta posición que con frecuencia se le  
forman grandes edemas en los pies y en las pier-  
nas, probablemente de naturaleza congestiva y  
que desaparecen con el reposo.-

Cuando está sentada tiene el tronco incli-  
nado hacia adelante, la cabeza en flexión, las  
manos sobre los muslos en una actitud estereoti-  
pada.- Con dificultad contesta algunas pregun-  
tas.- Cuando se le hace su exploración neuroló-  
gica, se ve que pueden inmovilizarse sus miem-  
bros superiores e inferiores y colocarlos en --  
ciertas posiciones que se conservan largo tiem-  
po.- Por lo que respecta a los miembros superio-  
res se ve que cuando se trata de dirigirlos ha-  
cia arriba, al llegar al plano horizontal apare-  
ce una contractura en la raíz de los miembros --  
que impide por completo seguir adelante en el --  
movimiento; el mismo fenómeno se observa cuando  
se dice a la enferma que ejecute el movimiento,  
en cuyo caso ella dice no poder alzar más sus-  
miembros.- Su tono muscular y reflejos, normales.

Hecha la exploración general de esta enfer-  
ma se encontró que su salud deja mucho que de-  
sear debido a que está delgada y débil.- Sin --  
embargo, como es uno de los casos más típicos --  
me decido a utilizarla tomando algunas precau--

ciones.-

Diagnóstico:- Catatonía.-

Inyección intravenosa de 7 cc. de somnífero a las 12.30 h.- Inmediatamente después de la inyección aparecieron pandiculaciones.- Minutos después la enferma estaba en completo estado de narcosis con resolución muscular absoluta.- Se trató de hacer la elevación de los miembros superiores y la enferma expresó en su rostro un gesto de dolor.- A los 30 minutos, pupila puntiforme, actitudes de decerebración, hipotonía muscular, reflejos osteotendinosos débiles y signo de Babinski; reflejos cutáneos abdominales abolidos; su exploración provoca movimientos en los miembros inferiores del lado correspondiente.- Las excitaciones cutáneas en los miembros inferiores provocaban reflejos de defensa medular.- Los reflejos de postura quedaron abolidos.-

Hubo durante la prueba varias crisis de tos bajo la forma de quintas.-

La respiración y el pulso se mantuvieron normales.-

Caso V.- G.V. de 24 años de edad.- Peso 41 kilos 200 grs.- Estatura 1.315 mts.-

Enferma que permanece casi constantemente en estado de estupor, indiferente al medio exterior, siempre de pie en las mismas actitudes, que tiene impulsiones motoras, negativista en algunas ocasiones y que presenta risas al parecer inmotivadas bajo la forma de carcajadas intempestivas.- Presenta numerosas estereotipias de movimiento.-

Su examen neurológico no presentó otra cosa de anormal, el tono muscular y los reflejos son normales.- Su salud general es magnífica.-

Diagnóstico:- Catatonía.-

Inyección intravenosa de siete cc. de som-

nífero a las 12 h, quedando inmediatamente dormida con resolución muscular completa.- A los 15 minutos aparecieron rigideces musculares más pronunciadas en los miembros superiores.- Si se levantaba un brazo y se dejaba caer, este no seguía la acción de la gravedad, sino que se dirigía hacia adentro con brusquedad quedando el miembro sobre la cara anterior del tórax y del abdomen y con sus diversos segmentos en semiflexión.- Los reflejos osteotendinosos en este momento están muy exaltados, sobre todo los rotulianos.- A los 30 minutos encuentro el mismo estado.- Buscando el reflejo plantar por el procedimiento ordinario, las respuestas son imprecisas.- Hago la maniobra de Openheim y la de Gordon y con ambos procedimientos obtengo respuestas en extensión amplia de todos los ortojos (signo de Babinski).- Como a los 45 minutos hubo movimientos de flexión y de extensión de los miembros inferiores, entrando después en un estado de rigidez.- Los miembros superiores fuertemente flexionados sobre el tórax.- Era tal la contractura que se podía levantar en masa a la enferma tomándola de un miembro superior sin obtener relajación (rigidez de la decerebración).-

Las excitaciones cutáneas en los miembros inferiores provocaban una respuesta en el miembro excitado y en el miembro superior del mismo lado, algunas veces también, en el miembro superior del lado opuesto (reflejos cruzados).- Los reflejos cutáneos abdominales se mantuvieron abolidos durante la prueba.- A la hora, las excitaciones cutáneas provocaban bruscas reacciones de defensa.- Los reflejos de postura quedaron abolidos.-

Hubo varias crisis de tos quintosa y los reflejos pilomotores se mantuvieron acentuados.

El pulso y la respiración no se modificaron durante la prueba.-

No hubo clonus.-

Caso VI.- D.J. de 36 años de edad.- Peso 55 kilos 700 grs.- Estatura 1.51 mts.-

Este enfermo permanece durante mucho tiempo de pie con los pies juntos, la cabeza inclinada, los brazos a lo largo del tronco; es un poco negativista.- Contesta cuando se le interroga, con voz amanerada, tipluda.-

Hecho el examen neurológico se encontró el tono muscular normal, los reflejos osteotendinosos y cutáneos, normales.-

El examen del resto de su organismo no dió datos patológicos.- Su salud general es muy satisfactoria.-

Diagnóstico:- Catatonía.-

Inyección intravenosa de ocho cc. de somnífero a las 12 h.- Narcosis inmediata.- A los 5 minutos apareció una crisis de tos.- A los 15 minutos exploro y encuentro hipotonía muscular en todos los miembros, reflejos osteotendinosos débiles, reflejos cutáneos abdominales abolidos, el reflejo plantar no existe, las pupilas están en miosis; las excitaciones cutáneas en un miembro dan respuestas en todos los otros miembros.- A los 30 minutos actitudes de decerebración.- Pupilas pequeñas.- Explorando con cuidado el tono muscular se ve que está disminuído, pero cuando las maniobras son un poco bruscas, aparecen contracturas de los miembros sobre todo en las raíces.- Los reflejos osteotendinosos son débiles, cutáneos abdominales abolidos, reflejos rotulianos normales, reflejo plantar normal.- Haciendo en este momento excitaciones cutáneas en un miembro se ve que hay respuesta en los cuatro miembros.- Como a los 45 minutos los miembros estaban rígidos, predominando esta rigidez en los superiores que estaban fuertemente pegados al tronco.- Los reflejos son normales con excepción de los abdominales que están abolidos.- Las excitaciones cutáneas responden en la misma forma que antes.- A los 60 minutos la pupila está-

en ligera midriasis, el tono muscular aumentado, los reflejos osteotendinosos son fuertes, las reacciones motoras consecutivas a las excitaciones cutáneas son las mismas.- Los reflejos de postura quedaron abolidos.- No hubo Babinski ni clonus durante toda la observación.- El pulso y la respiración estuvieron normales.-

---

Caso VII.- Ch.W. de 38 años de edad.- Peso 58 kilos 700 grs.- Estatura 1.625 mts.-

Este enfermo pasa la mayor parte del día parado en un lugar siempre el mismo, con los miembros superiores en extensión y aplicados a la cara anterior del cuerpo, las manos en hiperextensión, conservando esta actitud durante mucho tiempo.- Es completamente imposible ponerse en relación con él, pues no contesta absolutamente ninguna palabra.-

Haciendo el examen neurológico se ve que no presenta otra cosa de anormal.-

Su salud general es muy satisfactoria.-

Diagnóstico:- Catatonía.-

Inyección intravenosa de ocho cc. de somnífero a las 12 h.- Durante la primera media hora todo se limitó al estado de narcosis con resolución muscular, apareciendo un signo de Babinski a los 35 minutos.- Si se exploraba en este momento el tono muscular, se veía que haciéndolo con suavidad había hipotonía; pero cuando las maniobras eran bruscas aparecía rigidez en forma de oposición activa al movimiento pasivo que se le imprimía.-

Durante toda la prueba no hubo ni movimientos de carácter voluntario ni actitudes de decerebración ni clonus.- La pupila estaba puntiforme.- Los reflejos de postura quedaron abolidos. Los reflejos pilomotores acentuados.-

El pulso se mantuvo disminuído de frecuencia (60 por minuto).-

Los reflejos cutáneos abdominales abolidos. Como a los 60 minutos las excitaciones cutáneas provocaban bruscas reacciones de defensa.-

---

Caso VIII.- G.U. de 29 años de edad.- Peso 50 kilos.- Estatura 1.54 mts.-

Esta enferma presenta numerosas estereotipias de actitud y de movimiento.- La más notable consiste en que constantemente tiene el dedo pulgar de la mano derecha introducido en la boca.- Risas inmotivadas aparentemente, indiferencia al medio exterior, raptos impulsivos.-

Al examen neurológico se encontró su tono muscular normal y sus reflejos normales.-

Su estado físico general es bueno.-

Diagnóstico:- Catatonía.-

Inyección de siete cc. de somnífero por la vía endovenosa, narcosis inmediata y profunda.- Como a los 30 minutos la pupila estaba puntiforme, los miembros superiores en extensión y ligera pronación.- El tono muscular disminuído, los reflejos osteotendinosos normales, los cutáneos abdominales abolidos, signo de Babinski muy claro en el pie derecho y menos manifiesto en el izquierdo.- Las excitaciones cutáneas producían reacciones motoras de defensa en el miembro excitado, reflejos de postura abolidos.-

El pulso y la respiración no se alteraron.

---

Caso IX.- D.H. de 28 años de edad.- Peso 54 kilos.- Estatura 1.57 mts.-

Enfermo que está siempre de pié, con el brazo -



derecho pendiente a lo largo del tronco, la mano izquierda en la cara anterior del codo derecho, absolutamente indiferente al medio exterior, con sialorrea y negativismo.-

Su examen neurológico demostró que su tono muscular y sus reflejos son normales.-

Su salud general es buena.-

Diagnóstico:- Catatonía.-

A las 12.10 h. inyección endovenosa de -- ocho cc. de somnífero.- El enfermo comienza a dormitarse, pero no es sino 10 minutos después cuando se logra la narcosis completa.- Durante media hora estuve explorando el enfermo que no presentó absolutamente nada de particular, si acaso, una que otra tos aislada.- Después de este tiempo, la pupila se hizo puntiforme, se boquejaron actitudes de decerebración y quedaron abolidos los reflejos cutáneos abdominales.- El tono muscular y los demás reflejos normales.- No hubo Babinski ni clonus.- Las excitaciones cutáneas no daban respuesta, si acaso, cuando eran muy intensas, producían una ligera contracción del miembro excitado.- Los reflejos de postura quedaron abolidos.-

El pulso estuvo oscilando alrededor de 60 por minuto.-

---

Caso X.- A.J. de 32 años de edad.- Peso 55 kilos.- Estatura 1.58 mts.-

Este enfermo permanece mucho tiempo en cuclillas con la cabeza baja, indiferente al medio exterior, dócil a lo que se le ordena.- El dedo índice, el medio y el anular de la mano derecha están siempre en flexión sobre la palma de la mano y al tratar de hacer la extensión se advierte una oposición energética.- Está en mutismo absoluto.-

Su examen neurológico completo no presentó otra particularidad.-

El examen del resto del organismo demostró un buen estado de salud.-

Diagnóstico:- Catatonía.-

Inyección intravenosa de siete cc. de somnífero a las 12.15 h.- Narcosis inmediata y con resolución muscular.- Trato de hacer la extensión de los dedos flexionados y el enfermo se opone con una contracción enérgica al mismo tiempo que se advierte en su rostro un gesto de dolor.- Como a los 25 minutos levanta el miembro superior derecho en el aire con el antebrazo en semi-flexión y en esta posición ejecuta movimientos alternativos y poco amplios de extensión y flexión teniendo estos movimientos el carácter de estereotipia.- A los 30 minutos hay actitudes de decerebración poco marcadas.- Hay en estos momentos signo de Babinski; no hubo clonus.- Las pupilas no sufrieron ninguna modificación.- Las excitaciones cutáneas en los miembros, provocaban ligeras respuestas acompañadas casi siempre de movimientos de rotación de la cabeza.- Los reflejos cutáneos abdominales estuvieron abolidos, los reflejos de postura abolidos.-

El pulso desde el principio de la prueba se hizo extremadamente débil y disminuyó a 52 de frecuencia.-

---

Caso XI.- R.D. de 22 años de edad.- Peso 47 kilos 100 grs.- Estatura 1.52 mts.-

Recién entrado este enfermo al manicomio, - tuve oportunidad de verlo en estado de catatonía. Actualmente está en franca remisión de su estado catatónico, pero conserva todavía tendencia muy marcada a la conservación prolongada de las actitudes y algunas estereotipias.- Es negativista,-

no ejecuta las órdenes que se le dan y se opone a las maniobras que en él se hacen, por lo que no se puede explorar correctamente su tono muscular.- El reflejo plantar es normal.-

Su estado de salud general es satisfactorio.-

Diagnóstico:- Catatonia en remisión.-

A las 12 h. inyección intravenosa de siete cc. de somnífero, entrando inmediatamente en -- narcosis con resolución muscular completa.- En este momento hay hipotonía muscular, los reflejos osteotendinosos normales, cutáneos abdominales abolidos.- Media hora después actitudes de decerebración, ligera hipertonia, reflejos osteotendinosos normales en los miembros superiores y fuertes en los miembros inferiores.- Reflejo plantar en extensión de todos los ortejos I (signo de Babinski).- Más tarde, como a los 45 minutos, hipertonia ligera sobre todo en las -- raíces de los miembros, reflejos osteotendinosos fuertes.- Las excitaciones cutáneas daban -- al principio respuestas ligeras del miembro excitado, después, como a la hora, bruscas reacciones de defensa.- Los reflejos de postura que daron abolidos.-

La pupila estuvo en miosis durante toda la prueba.- El pulso, que antes de la narcosis era de 72 por minuto, descendió a 55 a los cinco minutos y a 50 a los 10 minutos de la inyección, -- habiéndose mantenido en esta cifra durante el -- tiempo que duró la observación (una hora treinta minutos).-

---

Caso XII.- L.O. de 27 años de edad.- Peso-44 kilos 200 grs.- Estatura 1.47 mts.-

Actualmente esta enferma permanece mucho -- tiempo de pie indiferente al medio exterior, --

presentando de vez en cuando soliloquios.- Frecuentemente tiene impulsiones.- Contesta con in diferencia a lo que se le pregunta.- Anteriormente ha presentado actitudes y movimientos estereotipados.-

Su estado de salud general es satisfactorio.-

Diagnóstico:- Catatonía en remisión.-

Inyección intravenosa de siete cc. de somnífero a las 12 h.- Narcosis inmediata con resolución muscular.-

El tono muscular se mantuvo un poco disminuido, los reflejos osteotendinosos normales.- Hubo signo de Babinski a los 20 minutos.- No hubo clonus ni actitud de decerebración.- Cuando se hacía una excitación cutánea en un miembro, éste respondía, pero lo hacía con más intensidad el miembro homólogo del lado opuesto.- Desde los 30 minutos la pupila se hizo puntiforme. Los reflejos de postura quedaron abolidos.-

El pulso y la respiración se mantuvieron normales.-

---

Caso XIII.- P.G. de 33 años de edad.- Peso 46 kilos.- Estatura 1.44 mts.-

Antecedentes de encefalitis letárgica.-

Presenta perseveraciones, inestabilidad -- afectivo-emotiva, impulsiones, bradipsiquia.-

Facies fija, inexpresiva, inmovilidad de los rasgos.- Disartria del tipo de los bradiquinéticos.- Temblor propulsivo de la lengua.- Cabeza inclinada sobre el tronco.- Temblor parkinsoniano, rigideces musculares, pérdida de los movimientos automáticos y asociados, fenómeno de la rueda dentada, hiper-reflexia de postura. Reflejos osteotendinosos fuertes, cutáneos normales, plantar en flexión.-

Su salud general es buena.-

Diagnóstico:- Bradiquinesia post-encefalítica.-

Inyección intravenosa de siete cc. de somnífero a las 12 h.- Inmediatamente comenzó a entrar en narcosis y los temblores fueron disminuyendo rápidamente, hasta que segundos después habían desaparecido completamente.-

Durante la narcosis, sólo hubo resolución muscular completa, debilidad de los reflejos osteotendinosos y abolición de los cutáneos abdominales; el reflejo plantar se mantuvo en flexión.- La pupila normal, pulso y respiración normales.-

---

Caso XIV.- F.F. de 31 años de edad.- Peso 43 kilos 200 grs.- Estatura 1,415 mts.-

Facies fija, inexpresiva, inmovilidad de los rasgos.-

Movimientos de los globos oculares lentos y forzados.- Pupila izquierda paralítica a la luz, la derecha reacciona muy débilmente.- Cabeza flexionada sobre el tórax.- Tronco en flexión, miembros superiores en flexión sobre el abdomen. Camina como si fuera de una sola pieza.- Pérdida de los movimientos automáticos.- Fenómeno de la rueda dentada.- Comienzan a aparecer temblores de reposo.- Hipertonía muscular, reflejos osteotendinosos fuertes, cutáneos abdominales normales, plantar en flexión.-

Su salud general es buena.-

Diagnóstico:- Bradiquinesia post-encefalítica.-

Inyección intravenosa de siete cc. de somnífero a las 12 h.- Narcosis inmediata.- En este momento aparece una crisis de tos quintosa que desaparece pronto.-

Durante los primeros 30 minutos aproximadamente hubo hipotonía muscular, debilidad de los reflejos osteotendinosos, abolición de los reflejos cutáneos abdominales.- Después el tono muscular fué aumentando poco a poco, hasta que a los 60 minutos había hipertonia muscular, exageración de los reflejos osteotendinosos, sobre todo el rotuliano.-

La pupila se mantuvo normal, los reflejos-pilomotores acentuados.-

Pulso y respiración normales durante la prueba.-

---

Caso XV.- M.M. de 19 años de edad.- Peso - 46 kilos 500 grs.- Estatura 1,58 mts.-

Antecedentes de encefalitis.-

Facies fija, inexpresiva, lentitud de todos sus movimientos.- Pérdida de los automáticos y asociados.- Fenómeno de la rueda dentada. Ligera hipertonia muscular, reflejos osteotendinosos y cutáneos normales.- Su estado de salud general es satisfactorio.-

Diagnóstico:- Bradiquinesia post-encefálica.-

Inyección intravenosa de siete cc. de somnífero a las 12 h. 30 minutos.- Pasan 5 minutos para que la narcosis sea completa.-

Durante la prueba todo se redujo a la resolución muscular con ligera debilidad de los reflejos osteotendinosos.- El reflejo plantar se mantuvo en flexión.-

El pulso y la respiración normales.-

---

Caso XVI.- B.A. de 26 años de edad.- Peso - 56 kilos 600 grs.- Estatura 1,57 mts.-

Indiferencia al medio exterior, soliloquios, gestos estereotipados, desorientación completa, probables alucinaciones oculo-auditivas.- Incoherencia, asociaciones catatímicas, neologismos.

Desde el punto de vista somático, nada -- anormal.-

Diagnóstico:- Esquizofrenia hebefrénica.-

Inyección intravenosa de siete cc. de somnífero.- Narcosis inmediata con resolución muscular.- Todo lo que se observó en este caso fue la abolición de los reflejos cutáneos abdominales y la miosis de la pupila.-

El pulso y la respiración normales.-

---

Caso XVII.- M.H. de 25 años de edad.- Peso 56 kilos 300 grs.- Estatura 1.68 mts.-

Este enfermo recoge constantemente, piedrecitas, basuras y otras cosas del suelo.- Se le ve que con frecuencia ríe sin motivo aparente, canta y baila.- A veces se le ve como sumergido en grandes preocupaciones.-

El examen neurológico completo no dió ningún dato anormal.-

Su estado físico general es satisfactorio.

Diagnóstico:- Esquizofrenia simple.-

Inyección intravenosa de siete cc. de somnífero a las 11.30 h.- Narcosis inmediata.-

Durante la prueba hubo hipotonía muscular, los reflejos osteotendinosos normales, cutáneos abdominales abolidos.- No hubo movimientos ni actitudes especiales ni signos piramidales.- Pulso y respiración normales.-

---

Caso XVIII.- D.G. de 29 años de edad.-Peso

54 kilos 500 grs.- Estatura 1.45 mts.-

Presenta incoherencia, neologismos, discordancia ideó-afectiva, estereotipias aquinéticas y paraquinéticas.-

Su estado somático general es normal.-

Diagnóstico:- El diagnóstico de esquizofre<sup>n</sup>ia es claro; pero el de la forma es un poco dudoso pues presenta síntomas tanto de la forma - hebefrénica como de la catatónica.-

Inyección intravenosa de siete cc. de somnífero a las 12 h.- Durante los primeros 10 minutos la enferma reía estrepitosamente hasta -- que pasado este tiempo entró en estado de narco<sup>s</sup>is.- A los 15 minutos hubo una crisis de tos,- la enferma en este momento hace un movimiento - de flexión y de extensión del brazo derecho.-El tono muscular está disminuído, los reflejos osteotendinosos débiles, cutáneos abdominales abolidos, pupila en miosis, pulso y respiración -- normales.- Las excitaciones cutáneas provocan - reacciones enérgicas en los cuatro miembros.-

Pasan 15 minutos más y todo sigue en el -- mismo estado.- A los 45 minutos explorando el - tono muscular, la enferma contrae fuertemente - sus miembros y dificulta las maniobras.- El reflejo plantar invertido (signo de Babinski).-No hubo clonus ni actitudes de decerebración.-

Pulso a 52 de frecuencia.-

A los 60 minutos sigue la hipotonía muscular con reflejos débiles.- El plantar ha vuelto a lo normal.- El pulso sigue disminuído de frecuencia.-

---

Caso XIX.- J.C. de 26 años de edad.- Peso- 58 kilos 200 grs.- Estatura 1.50 mts.-

Se resiste a entrar al lugar de explora -- ción, riéndose y haciendo gestos raros, mancris

mos.-

Contesta riéndose a lo que se le pregunta y diciendo "no recuerdo", "no se".- A veces responde con incoherencia, asociaciones catatímicas.- Frecuentemente negativista.- Es sugestionable.- Presenta introversión, autismo.-

Su examen neurológico completo no dió ningún dato de interés.- El examen del resto de su organismo, no dió ningún dato anormal.-

Diagnóstico:- Esquizofrenia-hebefrénica.-

Inyección intravenosa de 7 cc. de somnífero.- Narcosis inmediata con resolución muscular.

Durante la prueba se notó en general hipotonía muscular, reflejos osteotendinosos normales, si acaso, un poco débiles, cutáneos abdominales abolidos.- Pupila, pulso y respiración normales.-

No hubo actitudes ni movimientos especiales, pero encontré un signo de Babinski característico, en vista de lo cual reviso cuidadosamente todos los expedientes anteriores de la enferma y encuentro que en algunos meses antes había tenido un estado franco de catatonía con negativismo, sugestibilidad, estereotipias y actitudes catatónicas.-

---

Caso XX.- M.R. de 28 años de edad.- Peso 52 kilos.- Estatura 1.51 mts.-

Disprosexia, desorientación parcial, incoherencias (asociaciones catatímicas), ambivalencias.-

Nada de anormal al examen neurológico y general de esta enferma.-

Diagnóstico:- Esquizofrenia hebefrénica.-

Inyección endovenosa de siete cc. de somnífero a las 12 h.-

Durante la prueba todo se limitó al estado

de narcosis con resolución muscular y abolición de los reflejos cutáneos abdominales.- La pupila estuvo normal.-

Pulso y respiración sin alteraciones.-

---

Caso XXI.- A.C. de 35 años de edad.- Peso-48 kilos 500 grs.- Estatura 1.43 mts.-

Antecedentes alcohólicos.-

Ingresó al manicomio con delirium-tremens.

Actualmente presenta alucinaciones visuales y auditivas predominando estas últimas.- Fabulación, ideas delirantes diversas, mal sistematizadas, memoria y demás facultades intelectuales disminuídas, indiferencia afectiva (pérdida de los sentimientos y afectos).-

Su exploración físicas, fuera de los temblores de tipo alcohólico que presenta no dió ningún otro dato de interés.- Su tono muscular normal, los reflejos osteotendinosos fuertes, - sobre todo los rotulianos, reflejo plantar en flexión, cutáneos abdominales normales.-

Diagnóstico:- Psicosis alcohólica.-

Inyección endovenosa de siete cc. de somní feno.- Durante la inyección, la enferma que momentos antes estaba muy risueña, se queja de do lores abdominales.- Momentos después de termi nar de inyectarla, llora amargamente y ejecuta movimientos variados e indefinidos.- Pronuncia entre dientes algunas pa la bra ras, sin poderse entender lo que dice.- En la misma forma parece querer responder cuando se le pregunta algo.- Este estado dura 10 minutos al cabo de los cuales entra en narcosis con resolución muscular completa.-

Durante los primeros 40 minutos que siguie ron, estuve explorando a la enferma y encontré hipotonía muscular, reflejos osteotendinosos dé

biles, reflejo plantar normal, pupila normal, reflejos cutáneos abdominales abolidos.- Pulso y respiración normales.-

A los 60 minutos hipotonía muscular ligera, reflejos normales, menos los cutáneos abdominales que estaban abolidos y los rotulianos que estaban exaltados.- Pupila, pulso y respiración normales durante toda la prueba.-

---

Caso XXII.- P.R. de 35 años de edad.- Peso 45 kilos.- Estatura 1.47 mts.-

Ingresó al manicomio porque con frecuencia se presentaba a las comisariás a reclamar una casa que decía ser de su propiedad y a la cual penetró después de haber fracturado el candado.- En sus trastornos mentales domina una sobre-estimación de su "yo".- Cree ser muy superior a las personas que trata.- Usa un lenguaje escogido para expresarse.- Habla con orgullo de su cuna y de su condición social, criticando al mismo tiempo a las demás asiladas.- Es inadaptable.- Constantemente está acusando a las empleadas, reprochándoles su conducta y juzgando que se han confabulado en su contra.- Es orgullosa, egocéntrica, desconfiada.-

El examen neurológico y general de esta enferma no dió nada anormal.-

Diagnóstico:- Paranoia con delirio de interpretación.-

Inyección intravenosa de siete cc. de somnífero a las 12 h.- Narcosis inmediata, profunda y con resolución muscular completa durante toda la prueba.- No hubo ningún dato de importancia apropiado de lo que se investiga, aparte de la abolición de los reflejos cutáneos abdominales.-

Pulso y respiración normales durante la prueba.-

- - - - -

... las actividades de los diversos departamentos, que en  
... las actividades de los departamentos, que en  
... las actividades de los departamentos, que en

### C A P I T U L O V

#### Interpretación y Conclusiones.

-----

... las actividades de los departamentos, que en  
... las actividades de los departamentos, que en  
... las actividades de los departamentos, que en

... las actividades de los departamentos, que en  
... las actividades de los departamentos, que en  
... las actividades de los departamentos, que en

... las actividades de los departamentos, que en  
... las actividades de los departamentos, que en  
... las actividades de los departamentos, que en

Estudiando los diversos fenómenos, que observé en el curso de mis pruebas, encuentro -- que los movimientos irregulares, de aspecto voluntario, de que habla Claude, no aparecieron -- claramente en ningún caso; hubo algo, que podría hacer pensar en ellos, en los casos I y X, ambos catatónicos.-

Las actitudes de los miembros, que recuerdan la decerebración, fueron constantes en los catatónicos (exceptuando los casos VII y XII); pero estas actitudes, sólo fueron acompañadas -- de hipertonia que permite hablar de una rigidez de decerebración de Sherrington, en los -- casos I, III, V, VI y XI.-

En lo que se refiere a los signos piramidales, el Babinski apareció en 10 casos y el -- clonus en 2 solamente de los examinados.- En -- los casos de control, jamás se presentó ningún signo piramidal, puesto que el control XVIII -- que dió el Babinski, tiene mucho del aspecto -- clínico de las catatónicas y el control XIX resultó ser una catatónica en remisión de este -- estado.-

Los fenómenos que corresponden a un automatismo medular, aparecieron con frecuencia: -- irradiaciones de los reflejos (7 casos), reflejos de defensa (8 casos), flexiones y extensiones de los miembros (2 casos).-

Es cierto que en todos los casos, hubo -- abolición de los reflejos cutáneos abdomina -- les; pero como esto también ocurría con no catatónicos y con sujetos normales, estos signos pierden todo valor.-

Los trastornos neuro-vegetativos, fueron -- frecuentes (exaltación de los reflejos pilomotores).- Se observaron también crisis de tos.-

Por lo que se refiere al mecanismo de producción de estos fenómenos, no encontré la se-

cuela típica relatada por Claude: movimientos - irregulares de aspecto voluntario, rigidez de - la decorebración, signos piramidales, automatis - mo medular, ya que los diversos fenómenos apare - cían caprichosamente, faltando en ocasiones al - gunos de ellos.-

### CONCLUSIONES

Fundándome en estos resultados, creo legítimas las conclusiones siguientes:-

1a.- El somnífeno tiene en los catatónicos una acción cortical electiva, que debe depender indudablemente, de una fragilidad patológica de la neurona motriz cortical.-

2a.- Este hecho corrobora la noción del -- factor cortical preponderante, en la génesis de la catatonía.-

3a.- La inyección de somnífeno por la vía-intravenosa, hace aparecer signos piramidales,- en enfermos catatónicos, en tanto que no provoca estos fenómenos en otros enfermos ni en individuos normales.-

4a.- De estos signos, el más fiel y el más constante es el signo de Babinski.-

5a.- El valor diagnóstico de la prueba del somnífeno es por tanto considerable.-

6a.- Desde el punto de vista científico la prueba del somnífeno ilumina, cuando menos en - parte, la fisiopatología del síndrome motor ca - tatónico.-

- - - - -

## BIBLIOGRAFIA

- 1- H. De Jong y H. Baruk, Rev. Neur., enero 1929.-
- 2- H. De Jong, Rev. Neur., mayo 1928.-
- 3- Claude, Baruk y Thévenard, Encéphale, dic. 1927.-
- 4- Delmas Marsalet, Les reflexes de posture élémentaires, Masson, Paris, 1927.-
- 5- Claude y Baruk, Encéphale, mayo 1928.-
- 6- Claude y Baruk, Encéphale, noviembre 1928.-
- 7- Baruk y Morel, Ann. Méd. Psych., junio 1928.-
- 8- K. Wilson, Brain, 1920, p. 220.-
- 9- Claude y Baruk, Encéphale, marzo 1930.-
- 10- Claude y Baruk, Encéphale, Sept. Oct. 1928.-
- 11- Baruk y De Jong, Rev. Neur., nov. 1929.-
- 12- Baruk y De Jong, Encéphale, febrero 1930.-
- 13- Baruk y De Jong, Encéphale, marzo 1930.-
- 14- Claude, Baruk y Nouel, Rev. Neur., mayo 1929.-
- 15- Claude y Baruk, Presse Méd., dic. 26 1928.-
- 16- Pauker, tesis de París, 1929.-
- 17- Claude Bourguignon y Baruk, Rev. Neur. junio de 1927.-

