

REVISTA DE REVISTAS

**BRITISH MEDICAL INFORMATION SERVICE.
3, HANOVER STREET.—LONDON, W. 1.**

Autores, Batchelor, R. C. L., Murrell, M., Thomson, G. M. Revista. British Journal of Venereal Diseases. Tomo 17, páginas 244-9. Julio y Octubre, 1941.

SULFATIAZOL EN EL TRATAMIENTO DE LA GONORREA

Este trabajo sirve de suplemento a otro anterior por Bactechelor, Lees y Thomson (1940) sobre el tratamiento de la gonorrea por sulfonamida, que no comprendía el sulfatiazol, y en este trabajo se manifiesta que el plan de investigación ha sido tal como fuera descrito en el trabajo anterior. La referencia al trabajo previo demuestra que el método de diagnóstico y comprobaciones de la curación se realizaron de acuerdo con las mejores normas modernas y los autores hacen observar especialmente la importancia de la regularidad en la dosis y observación. Los pacientes fueron examinados cada dos días durante el período de administración de la droga, a continuación dos veces a la semana durante un mes, y una vez semanalmente hasta el final del período de observación.

El presente trabajo se refiere a 55 varones y 23 mujeres que padecían de gonorrea y que fueron tratados con sulfatiazol; uno y otro sexo se discuten separadamente. Los varones se dividen en dos grupos según la dosificación; en ambos, los autores pretendían llegar a un período de observación de 12 semanas luégo de terminado el tratamiento. En el primer grupo, de 35 casos, cada paciente recibió en períodos sucesivos de 3 días 6 tabletas (una tableta —0.5 g.) diarias, 4 diarias y 2 diarias es decir 36 tabletas en 9 días; en el segundo grupo, de 20 casos cada uno recibió en períodos sucesivos de 3 días, 8 diarias, 6 diarias y 4 diarias, es decir 54 tabletas en 9 días. En los casos que respondieron favorablemente, el período medio antes de que el exudado uretral quedase libre de gonococos fué de 2.3 días y el período medio antes de que la orina quedase clara fué de 5 días. En la serie de 36 tabletas hubo 10 fracasos y en la de 54 hubo 2; en los dos grupos, 24 pacientes (14 en el primero y 10 en el segundo) no se observaron durante el período completo de 12 semanas, pero al parecer se encontraban bien cuando dejaron de asistir o fueron trasladados, y hubo dos que interrumpieron el tratamiento. Los fracasos se discuten con cierto detalle; en el primer grupo de 10, hubo 6 que habían resistido al tratamiento con sulfapiridina; en el segundo, uno recayó y otro no respondió al tratamiento. Los autores infieren que es importante asegurar, mediante dosificación adecuada, una concentración suficiente.

te del remedio en la sangre, de otro modo los gonococos pueden volverse resistentes a la sulfonamida; asimismo infieren que el sulfatiazol, del mismo modo que otros medicamentos de sulfonamida no es eficaz si existen bolsas de pus cerradas. Asimismo consideran que el alcohol es un excitante en las comprobaciones de curación y que estorba la acción del medicamento.

En los 23 casos de mujeres hubo 13 sin complicación, 7 complicados y 3 de vulvo-vaginitis. Los casos sin complicación se trajeron también sobre dos planes, (a) 6 tabletas diarias durante 2 días y 3 diarias durante 6, y (b) 6 tabletas diarias durante 5 días. Todas las enfermas parecen haber permanecido bien durante el período de observación que fué de 3 a 8 meses. Los casos complicados comprendieron 1 con artritis y embarazo, 1 con salpingitis, y 1 con un absceso Bartoliniano; el resto de las complicaciones no eran gonocócicas. Un rasgo interesante de estos casos fué la dosis relativamente elevada empleada en los casos de artritis y salpingitis, recibiendo el primero 24 tabletas diarias durante 3 días, y 6 diarias durante 4 y el segundo 12 diarias, durante 2 días, 10 diarias durante 2 días, y 5 diarias durante 3 días. Todos, menos uno de los casos complicados, se curaron a juzgar por una observación de mes y medio en 1 caso, y de 3 a 6 meses en los demás; la paciente restante interrumpió el tratamiento. De los 3 casos de vulvo-vaginitis, 2 quedaron al parecer curados y 1 recayó. Los autores concluyen que el sulfatiazol es comparable a la sulfapiridina en eficacia terapéutica y mejor tolerado.

Referencias:

- Batchelor, R. C. L., Lees, R. y Thomson, G. M. (1940).
 Brit. med. J., 1, 961. (Véase resumen BMIS Nº 114).
 (Resumen procedente del Bulletin of Hygiene, 17, 181, marzo, 1942).

Autores: Scarff, R. W. and Smith, C. P. Revista: British Journal. Abreviación: Brit. J. Sur. Tomo 29. Páginas 393-396. Fecha: Abril, 1942.

LESIONES PROLIFERATIVAS Y OTRAS LESIONES DE MAMA EN EL VARON

Este trabajo, procedente del Bland-Sutton Institute of Pathology (Middlesex Hospital, Londres) da los resultados del análisis de 65 casos de mastectomía total o parcial en el varón, ingresados durante un período de 16 años. Diez y nueve fueron neoplasmas malignos, de los cuales 15 fueron carcinomas que se originaron en el tejido glandular de la mama. Tres fueron sarcomas y 1 un *ulcus rodens* de pezón. Hubo 5 neoplasmas benignos, de los cuales 4 fueron fibroadenomas y 1 fué un lipoma. Hubo 41 casos de "mastitis crónica".

Los 15 carcinomas se graduaron histológicamente de acuerdo con las normas propuestas por Patey & Scarff (1928) para los carcinomas de mama femeninos:

Cinco casos estuvieron en el Grupo I (el menos maligno), 3 en el Grupo II y 7 en el Grupo III. Se observó que, en contraste con la mujer, se hallaron presentes formaciones trilobulares en tumores en los que otros factores indicaban un elevado grado de malignidad.

Los ganglios linfáticos fueron invadidos en 8 de estos 15 casos. Cinco casos estuvieron libres de metástasis ganglionar en el momento de la operación. En los 2 casos restantes no se estudiaron los ganglios linfáticos.

La producción "coloide" sólo ocurrió en dos casos, ambos del Grupo I.

Uno de los tres casos de sarcoma tuvo una patogenia significativa. Originó en una masa fibrosa a consecuencia de una herida de bala sufrida cinco años antes.

Autores, Hemphill, R. E. Revista, Journal of Mental Science. Tomo 88, páginas 1-30. Enero, 1942.

CATATONIA HIPERTIROIDEA: UN COMPLEJO DE SINTOMAS ESQUIZOFRENICOS

En este trabajo se da cuenta de una investigación sobre la incidencia del hipertiroidismo en pacientes mentales y su distribución entre los tipos de enfermedad mental que pueden reconocerse. Las siguientes cifras se obtuvieron de una serie de 4.750 enfermos (2.096 varones y 2.654 mujeres) tratados en el Hospital Mental de Bristol:

Epilepsia	2	1	—	—	2	1
Manía	1	7	1	1	—	6
Depresión	—	17	—	4	—	13
Melancolía involutiva	—	4	—	—	—	4
Ezquizofrenia: Simple	—	—	—	—	—	—
" Hebefrenia	—	—	—	—	—	—
" Paranoide	—	—	—	—	—	—
" Catatónica	1	3	1	3	—	—
" Periódica	—	1	—	—	—	1
Parafrenia, Paranoia	—	9	—	—	—	9
Demencia, senil y orgánica	—	2	—	—	1	2
Delirium (tóxico)	—	6	—	6	—	—
Estado de ansiedad	—	1	—	1	—	—
Neurosis obsesiva	—	1	—	1	—	—
Demencia paralíptica	—	2	—	—	—	2
	5	54	2	16	3	38

Total de ambos sexos en 4.750 casos = 59

Los cuatro casos del grupo esquizofrénico, fueron de un tipo especial. En este tipo, descrito por el autor como catatonia hipertiroidea, existe una fase prodrómica de síntomas esquizofrénicos variables, un episodio agudo con alucinaciones visuales y auditivas, distorsión de la imagen del cuerpo, incapacidad de distinguir partes del cuerpo con claridad, o a mano derecha de la izquierda, y a veces "introyección" de objetos del medio ambiente dentro de las fronteras del ego. Sigue a ésto una fase de estupor catatónico pasando a un período de embotamiento apático. Más tarde, luego de un lento resurgimiento, en unos seis meses, se produce una remisión total con pérdida de síntomas psicopáticos y restablecimiento de la vida afectiva normal y capacidad de trabajo. El comienzo de la psicosis sincroniza con el hipertiroidismo que desaparece a medida que el estado mental se acerca a la normalidad. Esta parece ser una forma efílica y rara de hipertiroidismo especial de la es-

quizofrenia en las mujeres, comparable a la catatonía hipotiroidea periódica de los varones descrita por Gjessing.

Al autor no le ha sido posible hallar en la literatura una descripción de síntomas mentales característicos de la tirotoxicosis, salvo delirio tóxico. El autor sugiere que la catatonía hipertiroidea es probablemente un tipo anormal de tirotoxicosis y esquizofrenia derivado de una constitución física y endocrina especiales.

Autores: Miller, E. W., Pybus, F. C. Revista: Journal of Pathology and Bacteriology. Abreviación: J. Path. Bact. Tomo 54. Páginas 155-168. Fecha: Abril, 1942.

EL EFECTO DE LA ESTRONA SOBRE RATONES DE TRES CEPAS PURAS, CON ESPECIAL REFERENCIA A LAS GLANDULAS MAMARIAS

El autor dividió unos 300 ratones de tres cepas pura —1) Simpson (elevada incidencia de carcinoma de mama). 2) Edinburgh (pequeña incidencia) y 3) CBA de Strong (baja incidencia), en cuatro clases en cada cepa— I) hembras ovariectomizadas; II) hembras intactas; III) machos castrados; IV) machos intactos. A cada uno de ellos les fueron administradas inyecciones subcutáneas de 300 unidades internacionales (0.03 mg.) de estrona semanalmente desde la edad de alrededor de 5 semanas hasta su muerte.

Las glándulas mamarias de las tres cepas presentaron una marcada diferencia en su reacción a la estrona. De 135 ratones Simpson, hubo 44 con tumores mamarios palpables, en tanto que sólo 3 de 75 ratones Edinburgh tenían tumores palpables y no hubo ninguno en los 112 ratones CBA. Los últimos fueron los que vivieron más y por consiguiente recibieron la mayor cantidad total de estrona. Aunque no hubo tumores mamarios palpables en los ratones CBA, más del 50 por ciento de los tratados presentaron glándulas mamarias en un estado de actividad pre-cancerosa.

En cada cepa, las glándulas mamarias de las hembras ovariectomizadas respondieron más lentamente y en grado inferior que las de las hembras intactas. La ovariectomía prolongó la vida. Las glándulas mamarias de machos castrados respondieron más rápidamente y en grado mayor que las de los machos intactos y en un grado semejante al del observado en las hembras ovariectomizadas. La castración acortó la vida.

La acción de la hormona masculina parece, pues, ser antagonista a la de la estrona sobre las glándulas mamarias. La presencia de la hormona de la hembra que se produce naturalmente (en las hembras intactas) aumentó el efecto del tratamiento.

Aunque no aparecieron tumores mamarios en las 54 hembras CBA tratadas, el tratamiento con estrona produjo un gran número (30) de tumores uterinos, principalmente fibromas o fibro-sarcomas cervicales. Cuatro tumores de este tipo se presentaron en los ratones Edinburgh tratados, y sólo 2 en los ratones Simpson tratados. Los tumores uterinos espontáneos son de aparición poco frecuente en estas tres cepas, y se han visto en alrededor del 7 por ciento de las hembras CBA no tratadas.

El tratamiento con estrona no afectó la incidencia de tumores pulmonares pero aumentó grandemente la incidencia de diversas linfadenopatías.

Los hepatomas espontáneos son frecuentes en los ratones CBA no tratados, y existe una diferencia de sexo en su incidencia (18 por ciento en las

hembras y 35 por ciento en los machos). En las hembras tratadas de ambas clases y en los machos castrados hubo una reducción en la incidencia de hepatomas que sugiere que la presencia de un exceso de hormona sexual femenina tiene un efecto inhibidor sobre este neoplasma. El aumento en la incidencia en los machos intactos, pudiera denotar un neutralización del efecto de la estrona por la hormona masculina. Alteraciones intra-óseas producidas mediante estrona —según se describen en otro lugar (Pybus & Miller, 1938)— se observaron en los ratones tratados, y se observó en la respuesta ósea una diferencia según la cepa.

Referencia:

Pybus, F. C. & Miller, E. W. (1938), Nature 143, 872.

Autores: Dann, L., Glucksmann, A. Revista: Lancet. Tomo 1. Páginas 95-98. Fecha, 24|1|42.

HERIDAS EXPERIMENTALES TRATADAS CON ACEITE DE HIGADO DE BACALAO Y SUSTANCIAS AFINES

Este trabajo comienza con un resumen útil acerca de la labor anterior llevada a cabo sobre aceite de hígado de bacalao en el tratamiento de las heridas. Los autores han practicado en ratas, heridas standard de acuerdo con una técnica descrita anteriormente. Las ratas tenían de 9 a 18 meses de edad y estaban alimentadas con una dieta stock equilibrada. Se aplicaron a las heridas las sustancias siguientes: aceite de hígado de bacalao; el residuo y el producto de la destilación molecular de aceite de hígado de bacalao; naftolato de Vitamina A; Vitamina A disuelta en aceite de coco; aceite de coco; aceite de arachis peroxidado; aceite de arachis; ácido linoléico; linoleato de metil y parafina líquida. Todas estas sustancias se aplicaron en forma de pastas o polvos sin cubierta de vendaje.

Se describe un método de representar gráficamente la velocidad de cicatrización.

Resultados. El efecto principal del aceite de hígado de bacalao y sus fracciones, y el de los peróxidos y ácidos grasos sin saturar, fué el de mejorar la regeneración colágena y, —salvo el ácido linoléico— el de retrasar la regeneración de la epidermis. Esto se aplicó particularmente al tratamiento con aceite de arachis después del cual hubo formación colágena hipertrófica, seguida de hialinización con marcadísima interferencia en el desarrollo epitelial.

Estos experimentos no proporcionaron prueba alguna de que el aceite de hígado de bacalao sea bactericida. El aceite y sus componentes actúan como ligeros irritantes, lo cual pudiera beneficiar la cicatrización estimulando la formación de tejido de granulación.

La única sustancia que se vió que favorecía la epitelización fué el ácido linoléico, retardándola todas las demás. No obstante, los autores indican que el aceite de hígado de bacalao pueda ser beneficioso para proporcionar una buena base de tejido fibroso para el epitelio.

Los autores hacen observar que sus experimentos se han llevado a cabo en animales normales en los cuales las heridas cicatrizan rápidamente.

(Adaptación de un resumen publicado en el Bulletin of War Medicine, 2, 444, julio, 1942).

Autores: Maitland, A. I. L. Revista: Journal of the Royal Naval Medical Service. Abreviación: J. roy. nav. med. Serv. Tomo 28. Páginas 3-17. Fecha: Enero, 1942.

QUEMADURAS DE GUERRA. UN ESTUDIO DEL TRATAMIENTO Y RESULTADOS EN UN CENTENAR DE CASOS

Este trabajo da cuenta detallada del tratamiento de 100 casos de quemaduras en un Hospital Naval Auxiliar. La causa, en casi todos los casos, fué llamada de bomba o granada siendo afectados principalmente las manos, rostro y orejas. La mayor parte de las lesiones habían sido recibidas por lo menos un día o dos antes del ingreso en el hospital. En tres pacientes con síntomas de shock o toxemia, las inyecciones de eucortona (un cm.³ dos veces al día durante dos a cuatro días) parecieron proporcionar notable beneficio. Aparte de esto, el tratamiento general incluía en una dieta rica en proteínas de primer orden, líquidos abundantes por la boca (con glucosa) y 100 mg. diarios de ácido ascórbico en todos los casos graves.

En 45 pacientes, incluyendo 21 con quemaduras infectadas de tercer y cuarto grado (Dupuytren), el tratamiento local ha consistido en limpieza de la quemadura, seguido de pincelado del área quemada con solución de cristal violeta al 1 por ciento, y pulverización sobre la herida de sulfapiridina al 5 por ciento en ácido bórico. En los casos ulteriores de quemaduras de tercer grado infectadas, se ha repetido a diario este procedimiento del cual se dice produce un "coágulo delgado y flexible". Se pretende que ha resultado muy útil para reducir el excesivo tejido de granulación y para esterilizar la supuración. Se insiste mucho sobre la importancia de realizar movimientos activos lo antes posible en las quemaduras de las manos. En un grupo de casos de heridas infectadas de tercer grado, ingresados en el hospital hasta tres semanas o más después del accidente, se empleó una técnica más complicada con el fin de preparar las zonas para injerto cutáneo; éste combinaba el empleo de cristal violeta y sulfapiridina, después de cuidadosa limpieza bajo anestesia con pentotal, con curas subsiguientes con solución fisiológica y con acriflavina al 1: 4,000, aplicando por último compresas húmedas de solución salina normal sobre una especie de tejido protector formado por una gelatina de pescado.

El empleo tardío del tanino sólo ha resultado satisfactorio en ausencia de infección o cuando ésta última ha quedado efectivamente eliminada. Es valioso principalmente en las grandes quemaduras limpias superficiales del tronco. El ácido tánico no se recomienda para quemaduras de manos o rostro, pero el autor se refiere a la dificultad de aplicar tratamiento con solución salina *ab initio* en las bajas navales. El autor sugiere diversos métodos alternativos que comprenden aplicaciones repetidas de coloración triple o con violeta de genciana durante los primeros días, seguido por compresas de solución fisiológica después del ingreso en el hospital, y cubriendo el área con injertos de Thiersch lo antes posible.

Las complicaciones de las quemaduras en esta serie comprendieron "tórax de onda explosiva" (14 casos) en cinco de los cuales con el acompañamiento, relativamente común, de rotura del tímpano. Como quiera que el llamado "tórax de onda explosiva" (efectos de compresión en los pulmones debidos a alteraciones súbitas y violentas de la presión atmosférica) es una contraindicación para la anestesia por inhalación, se ha usado principalmente pentotal intravenoso, cuando ha sido necesaria la anestesia durante la limpieza de las quemaduras. Se ha observado la aparición de defectos de la agudeza visual después de quemaduras graves en los párpados.

Se vieron seis casos de contractura de las manos, y el autor describe el tratamiento de una forma típica de contractura mediante injertos Thiersch interdigitales. Otras lesiones tróficas de las manos, a consecuencia de infección bajo un coágulo, comprendieron la pérdida de las uñas, hiperidrosis temporal, atrofia ósea de Sudek y gangrena de la punta de un dedo (1 caso). Al resumir su serie, el autor manifiesta que todos los casos de quemaduras de primero, segundo y tercer grado que permanecieron limpias (63 por ciento) dieron buenos resultados funcionales; las quemaduras infectadas de segundo grado (14 por ciento) también los dieron, pero en un tiempo ligeramente mayor; las quemaduras infectadas de tercer grado sólo dieron resultados satisfactorios cuando se aplicó enérgico tratamiento tardío, que no fue a tanino.

(Adaptación de un resumen publicado en el Bulletin of War Medicine, 2, 451, julio, 1942).

Autores: Sheehan, H. L. Revista: Lancet. Tomo 1. Páginas: 616-618. Fecha: 23/5/42.

TRANSFUSION DE SANGRE PARA HEMORRAGIA OBSTETRICA Y SHOCK

Durante el año 1935 se instituyó en el Glasgow Royal Maternity Hospital una eficiente organización de transfusión de sangre, que ha continuado con toda actividad hasta el presente. Un análisis de su eficacia para salvar vidas, es el tema del presente trabajo.

Durante cualquier reciente período de seis años en dicho Hospital ha habido unas 1.000 pacientes obstétricas con hemorragia o shock lo bastante graves para hacer pensar en una transfusión de sangre y durante los 6 años 1935-40, 717 de dichas pacientes recibieron dicha transfusión. El promedio de sangre administrada fué de 1 litro; no hubo diferencia significativa entre las cantidades de sangre administradas a pacientes con hemorragia y a pacientes con shock.

Con el fin de averiguar hasta qué punto tuvieron valor dichas transfusiones de sangre, se hizo una comparación de la mortalidad intra-partum o dentro de las 8 horas post-partum, a consecuencia de hemorragia y shock en dos períodos: los seis años comprendidos en 1929-34, en que prácticamente no se administraron transfusiones de sangre, y los seis años 1935-40 en que se administraron numerosas transfusiones. El primer período constituyó casi los mismos que en el segundo período. Hubo escasa diferencia en el tratamiento obstétrico aparte de la introducción de la transfusión de sangre en gran escala en el segundo período.

Durante el primer período, en que no se dieron transfusiones de sangre, 19 pacientes fallecieron de hemorragia pura. Durante el segundo período, en que las transfusiones de sangre estaban siendo utilizadas en gran escala, sólo 2 pacientes fallecieron de hemorragia pura. Esta reducción marcada en la mortalidad es debida hasta cierto punto a recientes mejoras en el tratamiento obstétrico de la placenta previa, pero parecen ser principalmente consecuencia de las transfusiones de sangre.

En otro grupo de casos se hallaban pacientes que sufrían grave hemorragia que no fué inmediatamente fatal, pero que fallecieron algunas horas después con síntomas de shock. Durante el primer período en que no se ad-

ministraron transfusiones, hubo 32 fallecimientos por dicha causa; durante el segundo período de transfusiones en gran escala, hubo 21 fallecimientos. Esta apenas sí es una reducción significativa, pero debe ser considerada satisfactoria, ya que pudo haberse previsto cierto aumento en dicho grupo a consecuencia de la reducción de fallecimientos por hemorragia pura.

La cifra de mortalidad sólo por shock, o shock asciado con ligera o moderada hemorragia, no ha sido afectada sin embargo en absoluto por las transfusiones de sangre. Durante el primer período fallecieron por dicha causa 92 pacientes en comparación con 93 pacientes durante el período con numerosas transfusiones. Esta completa falta de efecto de las transfusiones de sangre en las pacientes obstétricas presa de shock es chocante si se tienen en cuenta los argumentos teóricos y experimentales en favor del tratamiento en dichas líneas. Los resultados ponen de relieve la necesidad de presentar datos suficientemente controlados en cuanto al efecto real de la transfusión sobre la mortalidad por shock en los pacientes no obstétricos.

Autores, Carter, A. B. Revista, *Journal of Mental Science*. Tomo 88, páginas 31-81. Enero, 1942.

LOS FACTORES PRONÓSTICOS EN LAS PSICOSIS DE LOS ADOLESCENTES

Se emprendió una investigación de 78 casos de psicosis de adolescentes ingresados en el Hospital Mental de Middlesex County Council, en Shenley desde 1935 a 1937 con el propósito de averiguar cuáles son los factores importantes para establecer el pronóstico. Los límites de edad fueron 14 y 18 años y los diagnósticos fueron reacciones orgánicas crónicas (6), estados confusionales (8), maníaco depresivos (17), y enfermedades esquizofrénicas (47). Treinta y ocho por ciento se restablecieron por completo, 8 por ciento consiguieron un restablecimiento social, 5 por ciento fueron casos recurrentes y 49 por ciento presentaron deterioro mental.

Por lo que se refiere a los factores individuales considerados como importantes para el pronóstico, la existencia en la historia familiar de múltiples estigmas psicopáticos, fué asociada con un mal pronóstico, en tanto que los casos esporádicos de psicosis en la historia familiar no parecieron dar resultados peores que los de una ascendencia libre de aquélla. En cuanto al ambiente se observó que los padres excéntricos producen en los hijos reacciones defectuosas que tienden a hacer una psicosis más prolongada y menos recuperable. La rehabilitación del enfermo en un empleo apropiado ayudó a estabilizar su restablecimiento. Dichos pacientes hicieron primero su aprendizaje en un hospital durante dos a tres meses siendo colocados más tarde en lugares de trabajo. En los casos recuperables se observó que hubo más a menudo factores aceleradores adecuados que en los otros tipos de casos.

En lo que atañe al físico se vió que los tipos piconosomáticos (que se caracterizan por desarrollo periférico de las cavidades corporales, aumento de grosor general con baja estatura, miembros blandos y redondeados y tendencia a obesidad del tronco) tienen el mejor pronóstico; los tipos displásticos (conformación asténica y simulando disfunción endocrina), el peor.

Aquellos pacientes que presentan introversión, caracterizada por formación de fantasías y ensueños diurnos, incapacidad de establecer contactos so-

ciales y de aceptar la realidad, parecieron predispuestos a las psicosis con mal pronóstico, en tanto que los tipos opuestos o extrovertidos fueron asociados con psicosis recuperables. Las psicosis superpuestas sobre defecto mental fueron invariablemente malignas. Cuanto antes aparece el cambio en la personalidad o la conducta psicopática, peor es el pronóstico, en tanto que una aparición aguda precedida de ordinario por una enfermedad aguda tiene pronóstico favorable.

Los estados de confusión agudos se curaron siempre, mientras que las enfermedades maníaco-depresivas tuvieron cierta tendencia a restablecerse en la adolescencia.

Los estados predominantemente maníacos no tuvieron mejor pronóstico que los tipos depresivos o mixtos, y los rasgos esquizofrénicos tendieron a prolongar los ataques. Las alucinaciones fueron asociadas con una enfermedad prolongada, mientras que la mejoría precoz significó un breve ataque.

En las enfermedades esquizofrénicas se vió que la apatía era un mal signo, y que la incongruencia emotiva y la disociación iban asociadas con los casos crónicos. Cuanto más accidentado y más florido es el curso de la enfermedad, más rápido es el restablecimiento, mientras que un curso invariable, por lo general significó cronocidad. La confusión mental y la alucinosis fugaz se consideraron como signos benignos y las alucinaciones persistentes y sin variación, las delusiones somáticas y los síntomas catatónicos crónicos, como signos malignos.

De este estudio se desprende que ningún síntoma o cualquier otro factor por sí solos decide un pronóstico definitivamente, pero que los factores individuales deben ser correlacionados fundándose los resultados en un estudio cuidadoso del paciente antes, durante y después de su enfermedad.

(Resumen procedente del Bulletin of Hygiene, 17, 227, Abril, 1942).