

con la consecuente alteración de su permeabilidad.

El problema que se propusieron investigar los autores de este trabajo es comprobar si la alteración de la permeabilidad de la barrera hematoencefálica tiene algún efecto sobre la conducta adaptativa, si los cambios en dicha conducta están relacionados a cambios en la permeabilidad cerebrovascular producidos por el electrochoque y si tales alteraciones pueden prevenirse por medio del colorante supravital rojo de tripan. Los hallazgos fueron: cuando la rata es sometida a un electrochoque diario durante 12 días, se presenta un aumento de la permeabilidad cerebrovascular que dura 6 horas después de aplicado el último. Cuando el electrochoque se aplica cada 2 horas durante 24 horas, se observa un aumento significativo de la permeabilidad de la barrera hematoencefálica a la cocaína, que se prolonga durante 144 horas después de la última aplicación. El tratamiento previo con rojo de tripan previno los efectos sobre la permeabilidad cerebrovascular y los disruptivos de la corriente eléctrica sobre la retención de un patrón de conducta previamente aprendido. Los autores concluyen que parece existir una correlación positiva entre los efectos fisiológicos y conductuales del electrochoque.

A. CÓRDOVA C.

Eveloff, H. H., "Psychopharmacologic Agents in Child Psychiatry". *Archives of General Psychiatry*, vol. 14, núm. 5, mayo de 1966, p. 472.

El autor basa su trabajo en la revisión de lo publicado en los últimos 5 años

y en su experiencia personal. Hace un breve resumen sobre neuroanatomía y neurofisiología con el objeto de comprender mejor el modo de acción de las drogas; continúa con una clasificación clínica de las mismas, basada en sus efectos; las divide en tranquilizantes mayores como las fenotiazinas, análogas de las fenotiazinas y alcaloides de la rawolfia, estimulantes y antidepresivos como las destroanfetaminas y el metilfenidato dentro de los primeros, e inhibidores de la MAO dentro de los segundos y tranquilizantes menores como el meprobamato, el clorodiazepóxido, la hidroxyna y la difenhidramina. A continuación hace una discusión sobre el uso de estas sustancias y refiere que los tranquilizantes mayores cuentan con gran aceptación. A estos últimos los divide en fenotiazinas depresoras y sedativas y fenotiazinas estimulantes, las primeras, efectivas en la fase aguda de psicosis agitada, para todas las edades, en la hiperkinesia en débiles mentales y en los desórdenes severos de conducta con o sin organicidad, si hay hiperkinesia. Desde el punto de vista del autor, la neurosis infantil cede más con los tranquilizantes menores que con los mayores. Las fenotiazinas estimulantes dan buen resultado en los esquizofrénicos retraídos o inhibidos y es una droga de elección en caso de autismo. La combinación de drogas es poco frecuente; la más utilizada es meprobamato y promazina en desórdenes de conducta moderados. En algunas ocasiones, suelen presentarse efectos secundarios como trombocitopenia y leucopenia que ceden al cesar de administrar la droga. La disartria, como síntoma extrapiramidal, se encuentra más frecuentemente en niños que en adultos, pero cede rápidamente con la administración de benzotropin (cogentin). Otros efectos inde-

seables son la confusión, el aumento paradójico de la ansiedad, diarrea, urticaria, lengua seca, congestión nasal, fotofobia, visión borrosa, aumento de peso, hipertensión arterial, incontinencia urinaria, lactoreo y dolor de tórax, raramente retinitis pigmentaria, y sólo con dosis altas de thioridazina. De las sustancias análogas a las fenotiazinas, cuyo representante en U. S. A. es la clorprotixina, no existen suficientes informes. De los alcaloides de la Rawolfia afirma que pueden usarse en aquellos casos en que las fenotiazinas produzcan efectos indeseables. Acerca de los estimulantes y los antidepresivos, se piensa que la estimulación de la corteza cerebral aumenta el control cortical sobre las descargas anormales o aumenta la resistencia cortical a estas descargas por lo que se comprende el beneficio que produce a los hiperquintéticos o con falta de maduración cortical. Otro uso común es en casos de fobia escolar y de preocupación sexual, hipocondria y fobias diversas. Los antidepresivos aparentemente poco usados en psiquiatría infantil se usan en las depresiones de los adolescentes; sin embargo pueden dar resultado tratándose de esquizofrenia y desórdenes primarios de conducta, y en enuresis. Sobre los tranquilizantes menores hay pocos trabajos al respecto, pero su uso es común en fobias escolares, ansiedad en débiles mentales, agresividad impulsiva, síntomas neuróticos y tics crónicos. Como recomendaciones generales se indica que debe informarse a los pacientes la sustancia que se está administrando para que estén alertas sobre los efectos secundarios. Las dosis recomendadas deben ser de acuerdo con cada caso individual y el tiempo de administración debe ser de un mes mínimo para tranquilizantes menores, es-

timulantes y antidepresivos y 3 meses a un año para los mayores.

L. SOLÓRZANO

Hedberg, David L., Malcolm W. Gordon, Bernard C. Glueck, "Six Cases of Hypertensive Crisis in Patients on Tranilcipromine after Eating Chicken Livers". *American Journal of Psychiatry*, vol. 122, núm. 8, febrero de 1966, pp. 933-937.

En esta comunicación, los autores reportan la presentación de crisis hipertensivas severas en seis pacientes y elevación significativa de la tensión arterial en otros cuatro, todos sometidos a tratamiento a base de tranilcipromina (Parnate). Se encontró que cada uno de ellos había ingerido hígados de pollo aproximadamente cuarenta y cinco minutos antes de la presentación de los síntomas de la hipertensión arterial.

Analizando con mayor detalle la situación en estos pacientes, se encontró que ninguno había comido queso en las últimas cuarenta y ocho horas, lo único que habían ingerido en común eran los hígados de pollo; otros pacientes que no estaban recibiendo tranilcipromina o que, recibiendo, no comieron hígado de pollo, no tuvieron ningún problema. De trece pacientes que estaban tomando tranilcipromina combinada con alguna fenotiazina e ingirieron el hígado, seis presentaron síntomas secundarios leves y siete no; los primeros tenían dosis elevadas del antidepresivo o bajas de fenotiazinas.

Se hizo un estudio bioquímico de muestras de los hígados ingeridos por los enfermos que presentaron reacciones adversas y se encontró que contenían

aproximadamente 100 mcgrs/gr. de tiramina (de la que cree que es la responsable de las crisis hipertensivas cuando se combina con inhibidores de la MAO).

Los autores formulan la hipótesis de que probablemente la tirosina contenida normalmente en el hígado es convertida en tiramina por una activación enzimática, y consideran que son necesarias investigaciones posteriores para explicarse el hecho de que los enfermos que tomaron fenotiazinas estuvieron protegidos de los síntomas secundarios

J. SANTAMARÍA M.

Sandifer, M. G. y I. C. Wilson, "The Two Type Thesis of Depressive Disorders", *American Journal of Psychiatry*, vol. 123, núm. 1, julio de 1966, p. 93.

Durante muchos años se han establecido numerosas controversias sobre la existencia, dentro de la depresión de un tipo endógeno y un tipo reactivo. Estudios como los de Kiloch y Garside apoyan esta opinión mientras que otros como los de Lewis y Curran dan argumentos contrarios. En el presente estudio, los autores pretenden aclarar la situación a través de procedimientos estadísticos. Para ello tomaron los 15 datos que con más frecuencia se han utilizado para dividir arbitrariamente la depresión en endógena y reactiva, dándoles un valor de 1 a 3, según que estuviesen ausentes, que fuesen moderados o que fuesen marcados. Consideraron que si se hacía una curva de distribución en la que se señalaban por un lado los resultados individuales obtenidos al sumar los valores correspondientes a cada síntoma y por otro, el número de pacientes con ese resultado, podrían obtenerse dos clases de curvas:

una curva con una distribución bimodal, que apoyaría la existencia de dos tipos de depresión, o bien una curva normal o plana, que indicaría que existe un solo tipo de depresión. Los 15 datos considerados y estudiados en cada paciente, a los que se calificó de 1 a 3 fueron: talante deprimido, retardo, sentimientos de culpa, insomnio tardío, alteraciones del pensamiento, empeoramiento matutino, pérdida de peso, somatizaciones, sensación de que la depresión es diferente en calidad a depresiones anteriores, existencia de factores precipitantes, curso de la depresión independiente de los eventos que ocurren, historia familiar, episodios maníacos previos, episodios depresivos previos y personalidad premórbida.

Se aplicó la escala a 51 pacientes deprimidos del sexo femenino, que ingresaron a un hospital público para enfermedades mentales. Se excluyeron todos los casos en quienes previamente se habían hecho otros diagnósticos como esquizofrenia o alcoholismo. Las edades de los pacientes oscilaron entre 16 y 63 años, siendo el promedio de 43 años. Todas cayeron en alguna de las siguientes categorías: depresión involutiva, psicosis maniaco-depresiva, psicosis depresiva o neurosis depresiva. Los resultados obtenidos revelaron la existencia de una curva de distribución de tipo bimodal, lo cual indica que sí existen dos tipos de depresión. Sin embargo los picos de la curva no ocurrieron en los extremos (15 y 16) sino en zonas intermedias (20 y 30), lo cual significa que no es frecuente observar casos típicos y extremos de cada una de las depresiones, sino que en los deprimidos endógenos se encuentran síntomas descritos para la depresión situacional y viceversa.

R. LUNA H.

*Cortesía de los laboratorios*

MEDICINA INFANTIL, B.B.S.A.