

d'això, jo no en tinc la més petita experiència, i també és possible que tampoc no la tingui el doctor RODRÍGUEZ I ÀRIAS, però si la tenia li agrairia que ens n'informés.

Dr. RODRÍGUEZ i ÀRIAS

No puc contestar des d'un punt de vista personal al que ha manifestat el doctor GUASCH. Ara: l'única cosa que haig de dir és que la patogènia de moltes d'aquestes síndromes pseudosistematitzades, tipus mielosi de Biermer, tipus latirisme, tipus ergotisme, són producte, com tots sabeu, d'algunes intoxicacions alimentàries que han tingut lloc en èpoques de penúria. Falta una explicació clara. En el cas del latirisme, alguns parlen de virus; uns altres, de manca vitamínica; uns altres, d'un factor mas-siu. És molt probable que en la patogènia d'aquestes síndromes tan complicades intervingui un fet predisposicional, i després, una col·lecció de factors exògens que sumen llurs efectes.

Dr. ALSINA i BOFILL

Prego al doctor OBIOLS que vulgui parlar-nos dels aspectes **psíquics de les accions medicamentoses indesitjables.**

Dr. OBIOLS

Des del punt de vista psíquic podem dir que hi ha dos grups de fenòmens que cal tenir en compte en parlar de les accions medicamentoses. En primer lloc, les psicosis produïdes per medicaments; és a dir, la psicosi exògena, una forma de reaccionar del psiquisme davant l'acció d'un tòxic. És una síndrome inespecífica; bé que la natura del tòxic sigui diferent, no es diferencia clínicament. És l'anomenada síndrome de BONHOEFFER, que pot ésser deguda a l'acció dels tòxics, o algunes vegades a accions medicamentoses. Jo he tingut ocasió de veure algunes psicosis per benzedrina que es pren d'una forma excessiva, sobretot per estudiants en període d'examen o individus que volen mantenir un nivell psíquic superior al que ells normalment poden donar. El fet de prendre quantitats excessives de benzedrina pot donar lloc a un quadre psiquiàtric molt aparatós, amb una gran agitació psicomotriu, un estat confusional, amb una vèrbola intensa que impressiona.

Una altra substància medicamentosa que també s'ha dit que dona sovint quadres psicòtics són els derivats corticosteroides. Quan sortiren al mercat hi hagué moltes publicacions, sobretot en revistes americanes, citant psicosis per cortisona i altres derivats. Nosaltres, aquí, no n'hem pogudes veure gaires, però tenim algun cas en el qual era evident que el quadre d'agitació i d'estat confusional estava en relació amb la medicació corticosteroide presa. Una altra substància que pot donar quadres psicòtics és l'hormona tiroïdal. Molt sovint és donada en forma excessiva i també produeix un quadre d'agitació, d'angoixa i d'ansietat que pot persistir llarg temps després d'haver estat suspesa.

El segon problema d'origen medicamentós amb què ens enfrontem molt sovint els psiquiatres és l'acostumament. És evident que els derivats opiacis, tots sabem que poden donar hàbit, la qual cosa constitueix un problema de tipus psiquiàtric.

L'hàbit es crea no solament pel medicament en si, sinó per factors personals del malalt: constitucionals, psicològics, ambientals, o sigui que hi ha tota una suma d'elements que concorren per donar lloc a hàbit. Però no solament els preparats morfínic donen lloc a hàbit, i els preparats de metadona, sinó molt sovint àdhuc els medicaments més diversos i més insospitats. Per exemple, és freqüent que vegem malalts que fan una autèntica toxicomania amb l'aspirina; jo n'he vistos. Tinguérem a la clínica un malalt que prenia «Cerebrino Mandri»; havia arribat a prendre'n 8 i 10 flascons diaris durant molts de mesos. Altres substàncies que poden donar lloc a aquesta autèntica toxicomania són els vasoconstrictors nasals, dels quals ja s'ha parlat en aquesta sessió. Hi ha malalts que arriben a usar-ne grans quantitats, a vegades fins i tot dotzenes de flascons diaris.

Un problema interessant a exposar aquí és el que se'ns planteja amb l'aparició, en la nostra farmacopea, dels psicofàrmacs. En psiquiatria, des de fa uns 10 o 15 anys han aparegut tota una sèrie de substàncies que han canviat per complet el panorama terapèutic i l'actuació del psiquiatre. Començarem amb la clorpromacina; després va venir la reserpina, de la qual hem parlat tant; després, els inhibidors de la monoaminoxidasa, etc. Totes aquestes substàncies també donen lloc a una síndrome psicoorgànica. L'ús excessiu o a vegades no excessiu de la medicació, crea un quadre de tipus inespecífic, caracteritzat per un estat d'apatia, de somnolència, de pèrdua de l'agudesesa mental, de disminució de la memòria, d'insomni, que a vegades arriba a presentar l'aspecte clínic d'una veritable demència.

Aquesta síndrome psicoorgànica es veu sobretot amb derivats de la clorpromacina; es veu també amb meleril, amb reserpina, de la qual el doctor RODRÍGUEZ I ÀRIAS ja ens ha referit els quadres parkinsonians a

vegades molt aparatosos, i finalment ho observem també amb l'haloperidol. Moltes vegades aquesta síndrome psicoorgànica que podem dir que és un autèntic efecte secundari medicamentós, constitueix un problema gravíssim que en suspendre la medicació pot persistir durant bastant de temps.

Un altre efecte que també és interessant d'observar és el que passa amb la imipramina, que sovint és usada d'una manera excessiva. Sabem que dins la psicosi maníaco-depressiva, les formes depressives són molt més freqüents que les maníacs. Aproximadament podem dir que es presenten amb una freqüència de 80 i 20 %, respectivament. Ara: des de fa uns quants anys hem trobat a la clínica que és molt més freqüent l'aparició de quadres maníacs. Aquest augment fou posat en relació amb l'ús excessiu d'electro-shocks. Quan empràvem sovint electro-shocks pensàvem que així com una tanda d'electro-shocks era capaç de treure el malalt de la depressió per portar-lo a la normalitat, un ús excessiu d'electro-shock podia fer passar el malalt de la normalitat a la mania. Aquesta observació, ara, amb la imipramina i els seus derivats, es repeteix amb molta freqüència; talment, que d'aquest problema se'n parla i se'n publica molt, i ha estat objecte de discussions en reunions psiquiàtriques. Realment, creiem que tots aquells derivats, tots aquests medicaments antidepressius, siguin hidracides, sigui la imipramina, tenen una acció de tipus euforitzant excessiu, patològic, i que fan passar molt fàcilment el malalt a la fase maníaca. A vegades pot ésser un efecte buscat.

També convé de recordar que avui els psiquiatres usem menys l'electro-shock que abans, però l'emprem alguna vegada, i sempre amb derivats relaxadors de tipus curaritzant de síntesi, com la succinilcolina que pot produir accidents mortals. A la nostra ciutat n'hi ha haguts dos o tres, i és possible que fos per falta de tècnica, perquè l'ús dels curaritzants exigeix una intubació perfecta i un control de la respiració que només està a l'abast de persones que dominin per complet la tècnica de l'anestèsia, ja que aquests productes provoquen una paràlisi dels músculs respiratoris durant un període bastant prolongat. Crec que és un error de fer un electro-shock sense un personal tècnicament preparat que pugui resoldre totes les contingències que poden presentar-se.

Dr. MISERACHS

Al doctor OBIOLS una pregunta semblant a la que ha fet abans el doctor GUASCH al doctor BROGGI referent a l'ús que hem de fer de vegades, en malalts de processos hematològics, concretament de processos per pre-

sència d'anticossos, de grans quantitats de corticoides. Jo he tingut ocasió de tractar un malalt amb anèmia hemolítica per auto-anticossos, que ha tingut sis mesos de duració i en què prenia una quantitat de 100 a 150 mg diaris de prednisona. Aquest malalt féu un procés d'excitació fantàstica i era molt difícil de dominar-lo; de tant en tant prescindia del metge i suprimia la medicació, i llavors encara es complicava més perquè l'anèmia empitjorava, el malalt acusava la manca de corticoides sobtada; llavors tornàvem a reprendre el tractament, de manera que fou un cas molt difícil, que a l'últim acabà com acostumen a acabar aquests casos, però, en definitiva, jo pregunto al doctor OBIOLS si ens podria donar algunes normes per a aquests casos en què cal mantenir d'una manera seguida el tractament amb grans dosis de corticoides.

Dr. OBIOLS

El recurs que tenim els psiquiatres davant les psicosis exògenes és simplement de suprimir el factor causant de la psicosi i llavors donar una terapèutica inespecífica en forma de neuroplègics, perquè ja he dit que totes les psicosis exògenes s'assemblen, tant si són degudes a la cortisona com a qualsevol altre agent tòxic; sempre és una síndrome inespecífica d'agitació, un quadre confusional, una vèrbola, etc. El malalt que tinguérem nosaltres d'aquesta psicosi, per corticoide, un cop suprimida la droga, millorà, ja que acostuma a ésser de bon pronòstic. Si l'aplicació és indispensable, s'ha d'anar alternant amb derivats de la clorpromacina o de la reserpina, que puguin apaivagar el malalt.

Dr. ABELLÓ i VILA

Voldria comentar el que ha dit el doctor OBIOLS de l'habitució, que no sempre es tracta d'un fenomen psíquic, sinó que també hi ha uns fets orgànics en la creació d'un estat de necessitat. Em refereixo concretament al cas de l'ús dels vasoconstrictors per obstrucció nasal. Arriba a produir com una mena de toxicomania, que, mig en broma, anomenem la «privinomania» per abús de l'específic registrat amb el nom de Privina. A part el factor psíquic que hi pugui haver, és evident que el fet de la vasoconstricció va seguit d'un fenomen de vasodilatació; això estimula el malalt a tornar a utilitzar les gotes, i és quan es constitueix aquest cercle viciós.