

# LAS NEUROSIS SINTOMÁTICAS

1057216

## ESTUDIO CLÍNICO DE LOS NEUROSISMOS DE CAUSA ORGÁNICA

POR EL

**DR. JOSÉ SALAS Y VACA**

Médico, por oposición, de la Beneficencia general; Del Real Hospital del Buen Suceso; Habilitado de aguas minerales, por oposición.

CON UN PRÓLOGO

DEL

**DR. F. CALATRAVEÑO**

Director de la « Revista de Sanidad civil ».

IMPRESA Y LIBRERÍA DE NICOLÁS MOYA, GARCILASO, 6, Y CARRETAS, 8.

MADRID

ADMINISTRACIÓN DE LA REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS  
Calle de Preciados, núm. 33, bajo.

1906



## PRÓLOGO

Los incesantes progresos realizados en las diversas ramas del frondoso árbol médico, han traído como consecuencia la mayor precisión diagnóstica y pronóstica, y como resultado final indicaciones terapéuticas claras, precisas y altamente beneficiosas para la humanidad doliente: causa verdadero asombro contemplar á través del tiempo los esfuerzos hechos en clínicas y laboratorios para arrancar al organismo humano sus más recónditos secretos, y el investigador, que nada perdona, obtiene, aun después de la muerte, fuentes de vida, viniendo á ser el cadáver manantial fecundo, texto inagotable que hace surgir y brotar de las frialdades marmóreas torrentes de luz científica que después han de utilizarse en beneficio de los vivos.

Una de las especialidades médicas donde el progreso ha avanzado con rapidez brillante y deslumbradora, es indudablemente la de neurología; apenas si hace veinte años que se englobaban todavía con el nombre obscuro — poco expresivo y revelador de la más lamentable ignorancia — de *enfermedad nerviosa*, los más variados afectos de los centros nerviosos y de los nervios periféricos; no tenían, por lo difícil que es establecerlas, interpretación clara y precisa el análisis y razonamientos de sus variados síntomas, dificultades nacidas, como dice muy bien Vaillard, de considerar como síntoma principal de sus alteraciones, á la pérdida de la conducción, siendo así que muchas veces no se trata más que de trastornos funcionales en los órganos ó tejidos en los nervios con ellos relacionados, con pérdida de la sensibilidad, si se trata de nervios sensitivos, ó de motilidad si afecta á los motores; pudiendo deducirse de aquí las grandes dificultades diagnósticas que han de derivarse, y la casi imposibilidad de establecer un juicio clínico claro, preciso y concreto.

La anestesia, la parálisis, esos dos grandes síntomas que llenan por su frecuencia la práctica diaria de los médicos generales, dependen en multitud de casos de otras muchas causas, á más de la interrupción de la conductibilidad de las fibras nerviosas, siendo la mayor parte de las veces debidas á lesiones situadas en los centros nerviosos ó tejidos periféricos, en cualquiera de estos casos no varían sus caracteres más salientes, sumiendo al médico en frecuentes y disculpables perplejidades, nacidas, la mayor parte de las veces, no de la falta de estudio y de inteligencia del profesor, sino de la materia misma que afanoso analiza, del misterioso organismo, que parece defenderse de la curiosa mirada médica, enmascarando sus síntomas, velando sus manifestaciones normales y patológicas, haciendo que se pierda el investigador en los intrincados laberintos de las hipótesis y falsas deducciones.

Como dice muy bien el ilustre Waller, autor de memorables experimentos, otra de las grandes dificultades, inherentes al estudio de

---

Publicado en la REVISTA DE MEDICINA Y  
CIRUGÍA PRÁCTICAS. Madrid, Junio 1906.

---

la patología del sistema nervioso, nace de la estrecha solidaridad que subordina la nutrición de las fibras nerviosas á las de las células de las que toman origen; los experimentos llevados á cabo por el autor citado demostraron que todo nervio cortado en un punto cualquiera de su trayecto, experimenta una degeneración que avanza desde el punto de sección hasta sus extremidades terminales, habiéndose comprobado también que la degeneración de las raíces anteriores sigue la misma ley que hace degenerar las posteriores; cuando cortamos una raíz anterior, su cabo periférico degenera, extendiéndose poco á poco á lo largo de las fibras nerviosas que de ella dependen, hasta alcanzar los músculos en que terminan, conservando el cabo central su estructura; si la sección se hace sobre una raíz posterior es inversa la marcha de la degeneración, siendo entonces el cabo central el que se altera, en tanto que el periférico, que permanece en relación de continuidad con las células del ganglio espinal, queda sin sufrir ninguna alteración; de aquí nació la hipótesis, cada día con más probabilidades de alcanzar la categoría de verdad científica, merced al gran número de hechos anatomopatológicos que la abonan, de que los nervios motores obtienen su troficidad de la médula y los sensitivos de los ganglios espinales.

Los trabajos de Waldeyer, Cajal, Marinesco, Nissl y Van Gehuchten, acerca de la estructura de las neuronas, han venido á dar la explicación de muchos hechos que, á pesar de lo racional de la hipótesis antes apuntada, permanecían todavía rodeados de obscuridades y misterio, demostrándose que las lesiones primitivas de los nervios repercuten también sobre la nutrición de las células de que dependen, habiéndonos servido esto para despejar ciertas incógnitas nacidas del estudio de las neuritis.

Las ligerísimas consideraciones que acabo de exponer, dirigidas tan sólo á los médicos generales, y sobrado conocidas, por lo vulgares, de todos cuantos se dedican especialmente al estudio de la neurología, no han tenido más objeto que esbozar—ya que un estudio detallado y completo de estas arduas materias no podría hacerlo por falta de competencia y de espacio—el cuadro de dificultades que para el médico práctico ofrece cuanto se relaciona con los trastornos del sistema nervioso, verdadera *Africa de la Medicina*—según gráfica expresión de un ilustre patólogo—que merced al incesante esfuerzo de sus exploradores, cada día se va conociendo más, y revelando sus bellezas ocultas á los que saben interrogarle con método y perseverancia.

Grandes son, en efecto, las dificultades con que á diario se tropieza para deslindar los campos de la patología nerviosa, é inmensa debe ser la gratitud de los hombres de ciencia para aquellos de sus colegas que dedican sus horas y consagran sus actividades á resolverse las, ahorrándoles tiempo y derroche de energías cerebrales; tan meritoria labor merece sinceros plácemes, y por ella se los enviamos muy calurosos al ilustradísimo Dr. Salas, que en el interesante trabajo que motiva este modesto prólogo, ha extraído con ha-

bilidad suma un valioso alcaloide científico, con dinamicidad pedagógica de inestimable valor para los médicos generales, que con su atento estudio pueden ahorrarse muchas horas de lectura, tal vez indigesta y mal interpretada por falta de preparación anatomofisiológica anterior.

El estudio de las *Neurosis sintomáticas* hecho en este notable trabajo por el Dr. Salas y Vaca, analizando de manera magistral los *neurosismos de causa orgánica, la manera de conducirse el sistema nervioso en las enfermedades hemáticas y de las glándulas sanguíneas, la participación que toma en las distrofias y enfermedades del aparato digestivo, cardiovascular y respiratorio*, y por último, en el *urogenital*, constituye para la literatura médica contemporánea una adquisición de inestimable valor, y para los médicos amantes del progreso científico un guía seguro que ha de conducirles con paso firme á través de las nebulosidades, muchas veces inexplicables, que ofrecen ciertas dolencias dependientes de trastornos funcionales ó de lesiones sufridas por centros nerviosos ó nervios periféricos.

Cada uno de los capítulos que forman este brillante estudio, constituye una diminuta monografía sobre los asuntos que trata y en la cual nada sobra, todo es materia utilizable, expuesta con gran método y claridad; no queriendo privar al lector de la agradable sorpresa que ha de proporcionarle el recorrido de sus páginas, y habiéndome extendido quizá más de lo debido, no entro en detalles ni minucias acerca del texto; prefiero dejarlo íntegro á la consideración del lector, dando por terminada mi deshilvanada tarea; pero escritas ya estas cuatro líneas acerca de la obra, he de permitirme dedicar otras tantas á presentar, siquiera sea de manera rápida é incompleta, la personalidad científica del autor, uno de los médicos más eminentes entre la brillante pléyade de jóvenes que, apenas salidos de las aulas, comienzan á dar realce á la honrosa carrera médica.

El Dr. Salas puede decir, como César al Senado romano: *veni, vidi, vici*; pues al igual del famoso caudillo, en brevísimo espacio de tiempo ha conquistado, en honrosas lides, estimadas recompensas y conseguido puestos que suelen alcanzarse como coronamiento de una brillante serie de trabajos efectuados durante muchos años.

Venido de la hermosa región andaluza, se licenció el año 1899, habiendo obtenido siempre durante el periodo escolar notas de sobresaliente, muchos premios y el cargo de alumno interno por oposición.

En todas las asignaturas del doctorado, así como en los exámenes de ambos grados de Licenciado y Doctor, ganó la calificación de sobresaliente, y no contento con esto, después de unos ejercicios brillantes de oposición, obtuvo el premio extraordinario, consistente en el pago del título correspondiente.

Tan brillante carrera le puso en camino de conseguir, en reñido concurso, una plaza de profesor clínico en el Colegio de San Carlos, otra en el Hospital del Buen Suceso, y cuando, no hace mucho, se

anunciaron á oposición varios puestos vacantes en el Cuerpo de la Beneficencia general, acudió á ella el Dr. Salas, obteniendo uno de los primeros lugares y siendo destinado al Hospital de la Princesa, donde hoy ocupa una plaza de médico de número.

También ha conseguido por oposición el ingreso en el brillante Cuerpo de médicos directores de baños.

Especialista distinguidísimo en neurología, creemos no ha de transcurrir mucho tiempo sin que su nombre figure al lado de los médicos de más visita y fama de la Corte, donde ya hoy sus compañeros reconocen su indudable competencia, solicitándole en consulta en los casos dudosos de la especialidad que con tanto fruto cultiva.

El Dr. Salas no es tan sólo un médico clínico, es también un notable escritor, que ha dado á luz estimadas publicaciones científicas.

Su constante intervención en los debates académicos y sus brillantes conferencias en el Colegio de Médicos y Hospital de la Princesa, le han colocado á envidiable altura como divulgador de la ciencia y creándole fama de hábil á intencionado polemista.

Tan meritoria labor efectuada, como puede verse, en el espacio de pocos años, hace presagiar para el Dr. Salas un porvenir brillante, si como creemos, persevera en el camino emprendido y aprovechando el puesto oficial que hoy ocupa, sabe utilizar el material de enseñanza é investigación que el mismo ha de proporcionarle.

Nueva prueba de su amor y entusiasmo por la ciencia es el actual trabajo, fruto de su incesante estudio, avalorado por la piedra de toque de la observación clínica, obtenida en los grandes centros hospitalarios donde presta sus servicios; como decíamos al comenzar estos renglones, los médicos generales obtendrán indudables ventajas con su lectura, los especialistas un recordatorio para su práctica diaria, y todos guía segura para aclarar, en cuanto á la mente humana le es dado hacerlo, los oscuros problemas de patología nerviosa.

Sólo me resta adelantar mi modesta felicitación al Dr. Salas y Vaca, á las muchas que ha de recibir de sus colegas, y sentir que, guiado tan sólo por un sentimiento amistoso, se haya fijado en mí para que le escribiera estos renglones como proemio á su bien pensada obra, contando como cuenta con la fraternal amistad de tantos maestros y compañeros que figuran hoy entre los Profesores médicos de mayor valía, y que hubieran desempeñado este cometido con más ciencia y fortuna que yo he podido hacerlo.

DR. CALATRAVEÑO.

No por rendir un tributo de fidelidad al criterio organicista, perjudicial muchas veces en la moderna clínica, sino el afán de buscar un racionalismo científico, es lo que me lleva á catalogar las manifestaciones sintomáticas de los neurosis, cuando relacionándose con causas patológicas visibles ú ocultas, completan unas veces, y otras enmascaran, el cuadro que á diario observamos en individuos predispuestos á estas *neurosis* que de hecho y por esta razón calificamos de *sintomáticas*.

Esta apreciación envuelve la idea lógica de una aspiración científica, pues aunque de momento por nuestros escasos conocimientos estamos obligados á admitir grupos de neurosis que, como el histerismo y neurastenia, han de durar mucho tiempo entre las perturbaciones funcionales sin lesión conocida, no ocurre de igual manera en otros casos, en los que la investigación, necesaria siempre, nos pone en camino de averiguar la causa en que se sustentan estas neurosis orgánicas.

Supongamos un sistema nervioso intoxicado por una sangre infeccionada, juzguemos de su comportamiento al nutrirse mal por una sangre pobre y anémica, tengámosle presente, excitado por una causa dolorosa, recordemos el desequilibrio mental de que puede ser presa un cerebro agotado por los estragos de una larga y penosa enfermedad, y hallaremos explicación segura del comportamiento patológico de este gran aparato, dando lugar á las diferentes formas de estas neurosis.

La clínica, que para adquirir su verdadero valor científico, contaba antiguamente sólo con el hecho sintomático, del que se sacaron

consecuencias poco sólidas, se ve hoy rodeada de medios auxiliares que, al comprobar los hechos observados, robustece la consecuencia, dándola una elevación de nivel científico que le aproxima á la más exacta de las ciencias biológicas. Nada de extraño tiene que salte á nuestra vista la gran diferencia que existe entre la explicación patogénica que claramente tienen hoy ciertos hechos, al lado de la obscuridad con que se trataban de interpretar algunos síndromes que, si antiguamente poseían la categoría de procesos patológicos diferenciados, hoy va quedando su papel relegado al lugar de cuadros sintomáticos de causas más estudiadas: si esto ocurre con la tetania, ciertas formas de epilepsia, por cuya causa se justifica el calificativo de sintomáticas, nada de extraño tiene ocurra más tarde con las grandes neurosis histerismo, neurastenia y corea.

Basta recordar, para justificar esta esperanza, que en muchos casos los cuadros del clásico histerismo, de la persistente neurastenia y del infantil corea, se nos ofrecen por individuos débiles, cuya historia patológica, cuidadosamente seguida, vemos terminar en una grave lesión orgánica: día llegará en que el minucioso análisis nos manifieste las lesiones latentes que hoy se ocultan á nuestros medios, y así como la neurastenia y el histerismo los conocemos en la actualidad por sus manifestaciones, adquiriremos un sólido fundamento de la base causal en que se apoyan estos desórdenes.

Esto que vagamente imaginamos para el porvenir, lo ofrece hoy la clínica cuando la manifestación neurósica del sífilítico es influenciada por una medicación específica, cuando el tuberculoso modera sus síntomas cerebromedulares al modificarse favorablemente la marcha de su proceso anatómico, y cuando el cardíaco hiposistólico vuelve á la regularidad de su ritmo por un plan tónico y de reposo.

El hombre justifica la esencialidad de su neurastenia por un hecho de agotamiento nervioso que creó la *debilidad irritable*; la niña tiene la cuna de su histerismo, en una herencia que la predispone y en una educación mal dirigida que le acarrea falsas nociones de sensibilidad afectiva; el proceso psíquico de imitación puede hacer surgir el corea en los predispuestos; pero la mayoría de las neurosis que á diario observamos, tienen su origen en un sinnúmero de procesos que al modificarlos favorablemente, desaparecen las reliquias de que se acompañan.

Tan importante resulta siempre valorar los síntomas neurósicos que nos ocupan, que el más pequeño olvido puede acarrear, y

de hecho ocasiona grandes errores en el juicio que formamos de la totalidad de un proceso morboso. ¡Cuántas veces por nuestra presencia se calma un fuerte dolor que momentos antes justificaba un urgente aviso! ¡No pocas veces, al pulsar un enfermo, nos vemos sorprendidos por una taquicardia y hasta por una arritmia, sin que el síntoma tenga otra interpretación que el sobrecogimiento del enfermo ante nuestra presencia! ¡Con cuánta frecuencia somos víctimas de una equivocación al pronosticar mal con motivo de una convulsión, de un síncope ó de una afasia que, como signo intercurrente, perturba la marcha sintomática de un proceso agudo en una joven próxima á la pubertad y descendiente de un tronco neurósico!

Estas lamentables equivocaciones podremos en parte subsanarlas teniendo en cuenta el momento de la presentación de los síntomas, las formas con que se manifiestan y la evolución de lugar y tiempo que poseen en el cuadro total de la enfermedad que observamos.

De estos síntomas, los de orden psíquico son factores casi constantes en la mayoría de los procesos orgánicos; las fases de su semiótica pueden pasar desapercibidas para el clínico ante la necesidad de informarse de lo fundamental y patognomónico, y para el enfermo muchas veces quedan en la esfera de lo inconsciente, ante la necesidad, sentida por él, de valorar sensaciones subjetivas en las que concentra toda su atención. En modo alguno se extraviaría nuestro juicio si así se repitieran los hechos, pero lo más frecuente es que sea solicitada nuestra fijeza por un cuadro de accidentes neurósicos que obscurece y enmascara el diagnóstico de la causa alrededor de la cual circulan estos fenómenos.

Las convulsiones que abren la escena de los procesos infectivos de los niños, el escalofrío inicial y hasta la misma hipertermia descartada de todo determinismo séptico, pueden interpretarse como manifestaciones de neurosis que, como el castañeteo de dientes, responde á una convulsión motora, el escalofrío inicial que es producido por un espasmo vascular de origen nervioso, y hasta la elevación de temperatura que tiene su cuna en este mismo espasmo, por romper el constante equilibrio entre la producción de calorías y su pérdida; elocuentes manifestaciones son de trastornos dinámicos del sistema nervioso, originados sin duda por una causa que teniendo su cuna fuera de él, le repercute á distancia.

Nada tan variado como el cuadro nervioso que se mezcla con la sintomatología de los procesos infectivos, debido al concurso que el

sistema cerebro espinal y trisplánico toma en el desarrollo de conjunto; desde la simple hiperalgesia que se traduce por una neuralgia más ó menos persistente, entre las que la cefalea tífica ocupa el lugar preferente, hasta el más grave desorden motor con determinismo anatómico, se sucede una gradación en la cual hallamos al lado de la psicosis funcional manifestada por el delirio, la más compleja tifomanía melancólica ó de exaltación, que cede de un modo permanente al desaparecer la causa que la sostiene.



En las mismas enfermedades que en el sistema nervioso reconocen por causa una lesión anatómica conocida, no todos sus síntomas son producto directo de las consecuencias patogénicas de la lesión misma; en muchos de estos casos se nos presentan fenómenos que, al estar desligados de la alteración orgánica fundamental, no pueden considerarse de otro modo sino como repercusiones funcionales que entran en la categoría de los síntomas que estudiamos.

En las que afectan al eje cerebro-espinal, ya sean perturbaciones de riego, ya producidas por alteraciones del parénquima nervioso, unos síntomas entran en la categoría de déficits funcionales dependientes de la alteración estructural, y otros son efectos de la sorpresa funcional acaecida en territorios lejanos á la lesión misma; ejemplo de ello lo tenemos en el itus de la apoplejía, en los fenómenos convulsivos de que se acompañan tantas otras lesiones centrales del sistema nervioso, sin que para ello haya necesidad de admitir desórdenes anatómicos en los órganos donde nacen estas alteraciones funcionales.

A estos síntomas difusos ó focales indirectos corresponden los irritativos ó de excitación, y los inhibitorios, hallándose entre los primeros los trastornos motores y anomalías de sensibilidad que aparecen acompañando á un cuadro totalmente paralítico; tal como sucede cuando una lesión que al destruir el tercio superior de las circunvoluciones centrales paraliza la pierna del lado opuesto, y produce accidentes espasmódicos en la cara y brazo del mismo lado, con hiperestesia del contrario. Los síntomas de inhibición dependientes del foco morbozo, pero sin enlace funcional con él, se traducen por parálisis en la esfera de la motilidad, por anestias ó dolores, y ambliopías en territorios sensitivosensoriales; si bien estos síntomas pueden darse á veces diferenciados, se mezclan de tal modo y con tal antagonismo á veces, que no es fácil explicar el mo-

tivo de que en un caso, ó en momentos dados, predominen los unos á los otros. La mayor frecuencia de sus síntomas y su más clara patogenia explicable por accidentes compresivos, nos la ofrecen los tumores cerebrales; no siendo en otros casos tan fácil su averiguación, aunque se recurra á la influencia perturbadora que una lesión focal puede tener sobre territorios inmediatos, y á los accidentes colaterales circulatorios que pueden presentarse alrededor de un foco hisquémico.

Que los trastornos intelectuales sean frecuentes en extensas lesiones del encéfalo, no debe extrañarnos por hallarse afectados de un modo directo los centros psíquicos; pero en esta categoría de síntomas que mencionamos deben incluirse la amnesia, la irascibilidad de carácter y las alternativas de risa y llanto, que como accidentes funcionales acompañan á las hemiplejias corticales y capsulares de reducido foco.

De igual modo que en los procesos encefálicos, en las enfermedades medulares no todos los síntomas tienen el carácter orgánico, siendo muchas veces funcionales y sobreañadidos, como manifestaciones nuevas é independientes de las lesiones por las cuales éstas se manifiestan con un aumento sintomático no justificado, á juzgar de la conocida extensión que alcanza la destrucción de textura. Estos síntomas son los responsables del tan decantado tratamiento subjetivo de los procesos medulares, y los que justifican, con su desaparición, la fama de dicho proceder terapéutico.

Mencionados que han sido los síntomas neurósicos que acompañan á los procesos agudos, los que á título de complicantes rodean á las lesiones orgánicas del sistema nervioso, indiquemos, siquiera sea someramente, la participación que estos síntomas toman en los procesos que por su naturaleza intervienen dominando el cuadro clínico, comenzando nuestro estudio por el

#### MODO DE COMPORTARSE EL SISTEMA NERVIOSO EN LAS ENFERMEDADES HEMÁTICAS Y DE LAS GLÁNDULAS SANGUÍNEAS

Nada más elocuente que los síntomas neurósicos que acompañan á las enfermedades de la sangre. Desde la sorpresa psíquica que se apodera de algunos individuos ante la presencia de una insignificante hemorragia de que son víctimas, y que en algunos casos puede provocar el más complejo ataque sincopal del que pronto salen si hábilmente se regulariza la función cerebral perturbada por el terror en estos sujetos, hasta el más complejo síndrome de neurosis

que se desarrolla en las anémicas próximas á la pubertad, todo lo encontramos como síntoma de este desequilibrio nervioso, que á veces domina por entero el cuadro patológico de una anemia.

Nada hemos de hablar de las post hemorragias, de las sintomáticas de los convalecientes, de las ligadas á procesos generales y cuyos síntomas se relacionan con la enfermedad fundamental; pero en la *clorosis*, esa gran anemia de las jóvenes que domina un crecido tanto por ciento de las enfermedades de la pubertad, descubrimos un completo cuadro de histeroneurastenia, que por la complejidad de los estigmas y la pureza á veces de su cuadro, es capaz de desorientar al clínico más experimentado: dígalos si no la joven jadeante que apesadumbrada y triste, de mirar melancólico, de labios pálidos y mejillas temblorosas, nos consulta sus molestias de insomnio, sus pertinaces neuralgias, sus complejas parestesias, sus ideas terroríficas, entre las que descubrimos, al lado de la irregularidad y pobreza de su regla, un completo cuadro de estigmas con anestesia conjuntival y faríngea, y hasta reducción concéntrica del cuerpo visual que sigue de cerca, y persiste á veces después de grandes accidentes convulsivos; cualquier clínico disculparía su error si al interpretar sólo lo subjetivo del relato formase el juicio de neurosis esencial, pero la clave patognomónica del diagnóstico la da el recuerdo de sus accidentes menstruales, los soplos funcionales característicos que debemos perseguir por una auscultación detenida del corazón y vasos, y un minucioso análisis de la sangre, necesario la mayoría de las veces.

De este grupo causal surgen la mayoría de las neurosis que observamos en la clínica, y la irritabilidad de la inervación que acarrea la cefalalgia, las palpitaciones, los desvanecimientos, las lipotimias y los síncope funcionales, se modifica y se cura desde el momento que logramos mejorar la condición nutritiva de la sangre de estos enfermos. En las anemias graves, en las parasitarias y la perniciosa progresiva clásica, los síntomas neurósicos, parecidos á los anteriores, pueden tomar el incremento de estados comatosos que recuerdan el coma diabético; accidentes parestesicoparéticos que semejan la tabes, y mialgias que traen la idea de la claudicación intermitente de Charcot. Los síntomas sensoriales, revelándose sólo por alteraciones funcionales, pueden estar ligados á lesiones que, como la retinitis y neurorretinitis, son los responsables de las ambliopías y amaurosis presentadas en el curso morbooso de estos enfermos; nada de esto, sin embargo, puede desviar este sereno juicio,

si se tiene en cuenta que el conjunto de síntomas y el análisis hematológico pueden dar la segura clave del diagnóstico causal.

Sirva lo dicho para las leucemias y pseudoleucemias, donde los síntomas funcionales neurósicos pueden agravarse porque ciertas neoformaciones linfomatosas, al comprimir las raíces posteriores, den síntomas de crisis gastro-intestinales y desórdenes motores parecidos á la tabes dorsal clásica.

En las diátesis hemorrágicas estos síntomas, ligados á la lesión fundamental, no ofrecen duda desde el punto de vista de su patogenia, que directamente se relaciona con la crisis sanguínea, y que toma el carácter orgánico, cuando el sistema nervioso es asiento de las pequeñas hemorragias, tan frecuentes en estos procesos.

No ocurren de igual modo las cosas en la hemoglobinuria, cuyos síntomas se rodean de grandes desórdenes nerviosos, tal como ocurría á un enfermo que tuve ocasión de observar, en el que los síntomas dominantes en los intervalos de los ataques fueron de incoordinación cerebral con paresia pupilar, tendencias agresivas y exaltación de reflejos que más de una vez me hicieron pensar en la parálisis progresiva; la exageración de estos síntomas con la proximidad de los ataques, y el modificarse favorablemente al desaparecer aquéllos, me aclararon esta relación causal cuando desapareció el síndrome neurósico á la par que la hemoglobina. Los parásitos de la sangre pueden pasar confundidos durante mucho tiempo con neurosis funcionales, hasta el punto que Manson ha relacionado la enfermedad del sueño, tan frecuente en los negros, con un parásito (*Filaria perstan*) de pequeños embriones, que vive en la sangre.

\* \* \*

Entre la patología de las glándulas vasculares encontramos elocuentes síntomas nerviosos que ya sea por una repercusión refleja sobre el sistema nervioso, ó ya ocurran por la alteración que el coeficiente hemotóxico puede producir sobre el concierto funcional del sistema nervioso, es lo cierto que las enfermedades en estos órganos dan lugar á ciertos fenómenos que, como los de hipocondría, se cargaban á cuenta en los procesos esplénicos, y en la actualidad hay bien estudiada una relación constante entre las lesiones de las cápsulas suprarrenales, hipófisis y tiroides con el sistema nervioso.

Nada más patente que esta relación cuando vemos con tanta frecuencia alterada la función nerviosa por una lesión de estas glán-

dulas cerradas. La patogenia de estos fenómenos se debe á que alterada la función vicariante de estas glándulas, ó trastornada de un modo desconocido hasta ahora su secreción interna, ciertos productos elaborados por ellas, y que vertidos en la circulación general originan una tonificación y regularidad funcional del sistema nervioso, dejan de producirse, creándose circunstancias causales para que este fisiologismo se altere y se manifieste el desorden por un cuadro bien caracterizado de neurosis funcional.

Como hecho curioso, aunque de patogenia poco estudiada, merece citarse la muerte súbita, que aun no muy frecuente, acompaña á los procesos hipertróficos de la glándula *timo*. Aunque la *muerte tímica* se haya querido relacionar por unos con accidentes de brusca compresión y por otros se haya pensado en la miseria orgánica de los niños que sufren este accidente, es lo cierto que desde el momento que el *timo* hipertrofiado es capaz de dar origen á fenómenos tan reflejos como el asma y la estridulosis laríngea, estamos autorizados para pensar que la muerte súbita de que nos ocupamos, sea producida por la inhibición cardíaca derivada de un reflejo patológico, cuyo punto de origen es la glándula hipertrofiada y enferma.

La patología de las cápsulas suprarrenales nos ofrece un claro ejemplo de la intervención del sistema nervioso entre sus manifestaciones morbosas. La experimentación demuestra que los animales desprovistos de estas glándulas mueren en un cortejo sintomático de convulsión epiléptica, vértigo rotatorio, delirio y coma; así como también que la influencia vasorreguladora que estos órganos ejercen por su secreción interna, se manifiesta y se desenvuelve por un mecanismo reflejo, como lo prueba el hecho de faltar el tono vascular cuando se inyecta jugo suprarrenal en animales á los que previamente hayamos seccionado la médula. La acción electiva de estos jugos sobre el corazón es indudable, aunque el refuerzo sobre la acción cardíaca se produzca, según los fisiólogos, por intermedio del centro del vago.

En estos datos fisiológicos tenemos explicación segura del cuadro de astenia nerviosa con que en la clínica se presenta desde sus primeras fases la enfermedad de Adisson. La fatiga y la sideración nerviosa recuerdan el cuadro de las más graves lesiones del sistema nervioso, y la anemia, el insomnio, el vértigo, el coma y demás perturbaciones psíquicas que sufren los adissonianos, traen á la memoria el cuadro de algunas neurosis, hasta el punto de haber

hecho pensar á Nauser si muchos cuadros de corea é histerismo terminados por la muerte fueran síndromes atípicos de la enfermedad bronceada.

Los procesos de la glándula tiroides son los más ricos en síntomas nerviosos: la misión fisiológica de este órgano destruyendo materias altamente tóxicas para la nutrición y la vida, y su papel secretorio de importantes sustancias reguladoras del sistema nervioso, explican suficientemente que tanto su agotamiento funcional, como su desconocida hiperfunción, sean causa de gravísimos trastornos, en los que de ordinario dominan los más variados síndromes neuropáticos.

Los síntomas de la hipofunción tiroidea, los encontramos en su más alto grado como consecuencia de la extirpación de la glándula en los animales, ofreciéndose como cuadro patológico una hiperexcitabilidad del simpático con excitación vasomotora; mecanismo que en cierto modo explica la hipertrofia orgánica, de que son víctimas los individuos con lesión tiroidea, y que su expresión más clara la produce la *ectireosis* experimental, que recuerda la manifestación clínica del mixcedema operatorio y espontáneo de los adultos, en los que, como síntomas neurósicos ofrecen esa pléyade de trastornos psíquicos, como son las perturbaciones intelectuales con torpeza de ideas, ofuscación de la memoria, irritabilidad general, insomnio y pesadillas; cuadro que en estado latente durante algún tiempo puede terminar por el de una psicosis maniaca ó melancólica, ó con síntomas de una demencia secundaria (1).

En el mal llamado hipertiroidismo, cuya expresión clínica la encontramos en la caquexia exoftálmica ó enfermedad de Basedow, se producen cuadros clínicos tan complejos, que es necesario de toda la atención del clínico para no caer en el error de tomar el efecto por causa, diagnosticando una neurosis á través de la cual se oculta un síndrome patológico bien definido. ¡Con cuánta frecuencia se nos presentan enfermos relatando un cuadro patológico de histerismo clásico, en el que no faltan ninguno de los estigmas de esta neurosis, y una observación detenida nos descubre un temblor rítmico con su taquicardia y exoftalmía, que nos hacen llevar nuestro juicio clínico por distinto camino!

Este cuadro, que por su complejidad enmascara la lesión causal en que se apoya, puede presentarse en forma de una neurosis cardio-

(1) En la actualidad se trabaja en busca de una relación patogénica entre tiroides y la enfermedad de Parkinson.

vascular relativamente aislada y caracterizada por un aumento de la actividad cardíaca, palpitations arteriales, tono vascular apagado y pulso venoso; este cuadro, que junto á la irritabilidad psíquica no pudiera acaso incluirse dentro del concepto clínico de la enfermedad de Basedow, por faltar los síntomas de estruma y exoftalmía, tienen su lógico ingreso en el síndrome, si tenemos en cuenta que la taquicardia, con un temblor rítmico en los dedos de pequeñas oscilaciones, son los primeros signos en la alteración basedowiana: no aguardaremos, para cerrar este juicio, á la presentación de la turgencia congestiva del tiroides y la exoftalmía, que constituyen síntomas accidentales y sobrevienen de un modo quizás secundario en el proceso.

Otro grupo de síntomas neurósicos lo encontramos cuando después de algún tiempo de haberse presentado las palpitations iniciado el bocio y entreabierto la hendidura palpebral, empiezan los fenómenos psíquicos por una exagerada pusilanimidad del individuo, aumento del temblor, hasta el punto de hacerse crónico; dolores musculares, convulsiones tónicas y epileptóideas, contracturas y parálisis en cierta clase de músculos, y anomalías psíquicas más raras, que como la confusión mental, manía agitada y delirio agudo, pueden terminar de un modo funesto el cuadro de la enfermedad de Graves.

Considerados de este modo los síntomas numéricos en los procesos antes mencionados, dediquemos algunas líneas para señalar la

#### PARTICIPACIÓN QUE TOMA EL SISTEMA NERVIOSO EN LAS ENFERMEDADES DISTRÓFICAS

En los procesos por retardo nutritivo se mezclan de tal manera los síntomas neurósicos, que desde muy antiguo vienen significándose éstos procesos con el nombre genérico de neuro-artritis; su patogenia, relacionada con alteraciones de las mutaciones celulares nutritivas, permanecen casi desconocidas en la actualidad desde el momento que su causa primordial es colocada por unos en el desorden del fisiologismo autonómico de las células, y por otros quiere hacerse depender de una perturbación del sistema nervioso, que trastorna la regular transformación de sustancias asimilables, y desordena el aporte de materiales convenientemente preparados á las atmósferas celulares. Esta relación clínica del artritis con las neurosis ha hecho pensar á no pocos patólogos si los fenómenos del retardo nutritivo serían dependientes de un neurosismo gene-

ral, que del mismo modo que repercute sobre la esfera psíquica, perturbaría los aparatos periféricos de las vísceras, dando lugar á la deficiencia en la preparación de principios asimilables, y á su insuficiente aporte celular.

Sean una ú otra las causas primordiales del proceso, es lo cierto que preparada la alteración nutritiva por una neurosis latente ó confirmada, se aumentará ésta si nuevas causas de agotamiento vienen á sumarse como desastrosos factores al neurosismo existente, dando lugar á esas formas de inveterada neurastenia que sufren los artríticos, á las neurosis vasotróficas de los herpéticos, y á esas formas mal definidas de histerismo que agobian á los diabéticos y calculosos.

No cabe duda que los actos de la nutrición regularizados y modificados en los artríticos, influyen favorablemente en los síntomas de sus neurosis; la clínica nos ofrece muchas veces sujetos en los que su historia gotosa es dominada por accidentes neurósicos que, como la cefalea, raquialgia, asma y torpeza psíquica, se suceden y se mezclan con síntomas de dispepsia neuromotora que reproducen con frecuencia el cuadro de una típica neurastenia: estos hechos podremos interpretarlos teniendo presente que en el artrítico las funciones transformadas están alteradas y las eliminaciones son deficientes; reteniéndose como productos circulantes ciertas sustancias tóxicas, que aumentando la perturbación existente del sistema nervioso, pudieran exagerar los síntomas de neurosis, y hasta crear nuevos tipos. El porvenir resolverá sobre estas ideas.

Aunque pocas veces confundan, y jamás enmascaren los síntomas neurósicos las braditrofas conocidas, en la evolución de ellas vemos un conjunto de síntomas nerviosos que se relacionan siempre con el trastorno trófico en que se apoyan; así vemos en la oxaluria esa discrasia ácida, de tratamiento patogénico tan difícil, dominar la irritabilidad nerviosa al lado de la excitabilidad muscular tan persistente; los enfermos se ven acometidos de un irresistible deseo de dormir, porque el sueño de la noche es insuficiente para reparar sus fuerzas, y con frecuencia suelen perderlo, porque durante él están disminuidas las combustiones de los ácidos por el retardo que sufren las oxidaciones, acumulándose por ello más ácido oxálico en la sangre. Este conjunto de manifestaciones nerviosas pueden exagerarse hasta el punto de traducirse en formas de *gastroneurosis* rebeldes, denunciadas sólo por la oxaluria concomitante. Sin embargo de esto, ciertos neurósicos pueden presentar oxaluria sin que

haya relación alimenticia, efecto sólo de la perturbación nutritiva que la neurosis acarrea.

La mayoría de los clínicos dudan el juicio diagnóstico que surge ante ciertos dolores calificados con frecuencia de reumatoideos, y que recordando el lumbago de los neuróticos, se presentan como síntomas prodrómicos en los sujetos que más tarde presentan el conjunto clínico de la *osteomalacia*; tanto es de tener en cuenta estas neuralgias rebeldes, estos dolores sordos é intermitentes que al presentarse á veces con ciertos paroxismos agudos, pueden reproducir el tipo de una neuralgia histérica en una mujer que más tarde, con motivo de un embarazo ó puerperio, ofrece á más de los síntomas dolorosos, ciertas deformaciones, que anuncian un seguro diagnóstico.

Entre las diátesis lipógenas, la *obesidad* presenta de hecho síntomas neuróticos; pero su carácter de apatía funcional del sistema nervioso se relaciona, como la de otros órganos, con la atonía general de que estos sujetos son víctimas, y las alteraciones que por exaltación pueden presentarse, se deben á la pobreza hemática dependiente de la polisarcia anémica ó bien á trastornos circulatorios, tan frecuentes por los accidentes cardiovasculares que sufren estos enfermos.



Las distrofias litíásicas reservan grandes sorpresas para el clínico más observador. Sus accidentes pueden ser simulados por gran número de histéricos, y á su vez exagerada su presencia con múltiples manifestaciones sintomáticas que sin otra relación más que la causal, se mezclan á ella accidentes que derivados del sistema nervioso, complican y exageran el cuadro clínico de las emigraciones calculosas.

Cuando en la marcha clínica de los accidentes litíásicos se añaden síntomas de excitabilidad nerviosa, de dos maneras pueden manifestarse: ó de un modo precoz, constituyendo síntomas prodrómicos ó denunciadores, ó bien durante el cuadro clínico de la litiasis orgánica. Más de una vez he sido testigo de estos síntomas neuróticos al abrir la escena de calculosis hepática ó nefrítica, que anuncian de cerca la explosión de un ataque: en más de un enfermo de esta índole he visto presentarse síntomas de excitabilidad general, insomnio, lipotimias, palpitaciones é impresionabilidad exagerada, que, como síntomas denunciadores, se enlazaron más tarde con los

de un ataque clásico de cólico hepático ó nefrítico. Observo en la actualidad á una señora litíásica que con una semana de anticipación á sus accidentes renales presenta el cuadro clásico de una neurosis, en la que domina el llanto espasmódico con marcadísimas crisis de irascibilidad, que alternan con pesadillas y terroríficas visiones.

Estos síntomas, que nacen de reflejos anormales cuyos puntos de origen son las vísceras afectadas, se presentan con mayor frecuencia que la observación pudiera indicarnos, efecto sin duda del poco aprecio que se hace de la vaguedad de su cuadro clínico.

En pleno ataque litíásico, la mayoría de los síntomas son atribuibles al predominio de la acción nerviosa. Los colelitíásicos presentan su dolor característico en la región de la vejiga biliar con sus irradiaciones, que no siempre se reflejan sobre el costado y hombro derechos; la crisis dolorosa puede tener tal intensidad, que se acompaña de un ataque convulsivo ó sincopal, con debilidad cardíaca ostensible por pequeñez y blandura de pulso, y que en algunos momentos pueden amenazar un peligro inmediato: esto unido como en la litiasis renal sucede, á grandes fenómenos gástricos de orden reflejo que, como la náusea, vómitos y astricción, completan el cuadro clínico de las enfermedades calculosas.

El cólico nefrítico, en los sujetos en quienes es habitual, puede reemplazarse después de los primeros ataques por un equivalente neurótico; tal ocurre á una señora de mi visita particular en quien un pequeño aumento en el dolor lumbar que con persistencia sufre, una noche de insomnio y un desarreglo gástrico de orden reflejo, con síntomas neurocardíacos, son suficientes para anunciar la presencia de un cálculo, que se expulsa á los pocos días de estos fenómenos.

La *gota* y el *reumatismo crónico progresivo* tienen su sintomatología nerviosa bien definida. La excitabilidad refleja del uricémico le dispone á sufrir neurosis tan variados, que en ellos encontramos desde el trastorno de la inervación cardíaca más rebelde, hasta la más compleja de las disneas. En la historia de estos sujetos observamos la persistente angioneurosis, de la que es responsable sus corizas y bronquitis; el accidente vasomotor, que tanto interviene en la producción de las urticarias; la neuralgia intermitente, que envuelve la patogenia de las jaquecas; la dispepsia, que se apoya en una alteración neuromotora del estómago, y los ataques asmáticos, que tienen su cuna en el más complejo de los reflejos patoló-

gicos. Las alteraciones tróficas del reumatismo nudoso tienen su origen, según algunos clínicos, en las lesiones medulares que presenta la necropsia de estos sujetos.

La *hiperglucemia del diabético* puede ser la responsable de los síntomas nerviosos que sufren estos enfermos: pocas veces asistimos desde un principio al cuadro clásico patognomónico de síntomas en esta enfermedad, siendo lo más frecuente que se nos ofrezcan en estos enfermos un conjunto de signos reveladores, ya sean en forma de neuralgias, en las que la del trigémino y ciática ocupan un lugar preferente, ya se nos consulte un cuadro de impotencia genésica y muscular con alteración digestiva, disminución de la actividad intelectual é insomnio rebelde á todo tratamiento. Estos síntomas, que pueden considerarse como gritos del sistema nervioso que como vanguardia anuncian los desastres que se avecinan, se rodean de una gran apatía física é intelectual, postración moral y alteraciones mentales que, al crear en el enfermo ideas de injustificada ruina, pueden hacerle terminar en el cuadro terrorífico del suicidio. A estos accidentes mentales pueden agregarse alteraciones del sistema nervioso periférico con predominio de síntomas sensitivo-motores, como neuralgias, parestesias, accidentes tróficos, abolición de los reflejos y acontecimientos paralíticos de los más complejos.

Hasta aquí son los presentados síntomas prematuros que, por su variabilidad, pueden entorpecer el juicio clínico de la diabetes; pero hay un grupo de fenómenos complejísimos determinados por una grave intoxicación nerviosa, en la que el cerebro toma la parte más principal, dada la característica sintomática del *coma diabético*. Aunque este síndrome terminal debe esperarse siempre que un diabético sometido á un régimen azoado excesivo sea víctima de una depresión muscular y nerviosa, con disminución en la cantidad de orina, sin que de un modo sensible se reduzca la cifra de glucosa, puede ocurrir, como en la uremia, que el conjunto de síntomas sobrevenga sin anuncio previo y quede confundida su sintomatología con el cuadro de una excitación con exagerada alegría, incoherencia del lenguaje, alternando con somnolencia, apatía y depresión profunda. Los fenómenos disnéicos de este accidente terminal, con sus alternativas de aumento, disminución y pausas, que recuerdan el tipo Cheyne-Stokes desprovisto de la ortopnea; los trastornos gastro-intestinales, la falta de conocimiento y sensibilidad, la inmovilidad pupilar y la gran resolución de fuerzas que so-

brevienen en período de estado en el coma diabético, no tendrían posible averiguación patogénica si el olor característico del aliento en estos enfermos y su historia patológica no nos condujeran al reconocimiento de la acetona en la orina, producto eliminable y derivado del ácido glicurónico, que es el responsable de los accidentes comatosos del diabético.

Tales son las manifestaciones con que responde el sistema nervioso en las diátesis más conocidas; hemos señalado cuidadosamente la frecuencia con que adquieren mayor predominio estos síntomas, capaces en algunas circunstancias de enmascarar todo el cuadro morboso; veamos ahora la

#### PARTICIPACIÓN QUE TOMA EL SISTEMA NERVIOSO EN LAS ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO

Los complicados actos de la digestión dependen fundamentalmente del sistema nervioso; los actos primarios de preparación digestiva caen bajo el dominio de la voluntad desde el momento que somos dueños de satisfacer ó no una sensación de hambre; los movimientos de prehensión, masticación, y en parte la deglución, somos también dueños de efectuarla, pero pasado este momento, los fenómenos que se suceden tanto en la digestión normal como patológica, son producto de un complicado é inconsciente reflejo.

El olor ó vista de apetitosos manjares despierta el recuerdo cerebral, que por sí es suficiente á producir una secreción salivar y pepsina que preparan la digestión fisiológica; los movimientos de la masticación producen por acto reflejo la secreción salivar necesaria para la mejor trituración alimenticia; el estímulo de los alimentos sobre la mucosa gástrica despierta los movimientos peristálticos, que en el máximo de su intensidad estimulan la secreción pancreática y biliar, que dispone á la cavidad intestinal para recibir el quimo preparado, cuya transformación ha de completarse en virtud del concurso del jugo intestinal segregado por un mecanismo también reflejo.

Si tenemos en cuenta que los centros nerviosos de estos reflejos se encuentran en íntima conexión con los de otros órganos de la economía, y que las vías por donde marchan se relacionan con las de otras vísceras, explicaremos fácilmente la participación que otros órganos pueden tener en las enfermedades de este aparato, transmitida por un mecanismo nervioso y exteriorizada en forma de las neurosis que estudiamos.

Las neuropatías subsiguientes á enfermedades de la cavidad bucal se refieren principalmente á los trastornos de sensibilidad acaecidos en la esfera del trigémino, y á perturbaciones motoras que de un modo reflejo pueden transmitirse á los músculos de la expresión : la neuralgia del quinto par, debida á una lesión orgánica de la boca, puede presentarse en forma de ataques paroxísticos de dolor, que con gran rapidez alcanzan su máximo de intensidad, despertando fenómenos de excitabilidad general de los más alarmantes, y en sujetos de fondo neurósico pueden persistir aun después de separada la causa provocadora. La glosodina, tan frecuente en las histéricas, es dependiente á veces de la hipertrofia de las papilas linguales, que á su vez produce una sialorrea de orden reflejo. Estas manifestaciones de excitabilidad sensitiva pueden acarrear contracturas y fenómenos convulsivos en sujetos de fondo histérico, que se reparten en la esfera del facial ó bien se generalizan, dando margen á la presentación de un ataque.

En general, todas las lesiones que afectan á los órganos de la cavidad bucal se manifiestan por fenómenos de hiperexcitabilidad sensible, origen de peligrosos reflejos, hasta el punto que ciertas manifestaciones secundarias de la sífilis de asiento lingual pueden, cuando predominan en la base, producir por acto reflejo serios espasmos de la glotis, cuyo origen hay que buscar siempre que de este modo se anuncien ó por fenómenos de trismus con que á veces se manifiesten.

El esófago puede ser origen por sus enfermedades de trastornos nerviosos, que unas veces evolucionan de un modo primitivo y sin causa orgánica en individuos de temperamento neurósico, y en otras ocasiones son despertados por lesiones que, siendo á veces muy pequeñas, tienen la suficiente energía para manifestarse en forma de espasmos esofágicos. Aparte de los casos en que el esofagismo se manifiesta como síntoma histérico ó hipocondriaco, se nos ofrece con motivo de la deglución en sujetos víctimas de procesos inflamatorios ó neoplásicos, que sólo por estos síntomas se denuncian, y por ellos hay que marchar en la persecución de un diagnóstico causal.

\* \* \*

Del enlace patogénico entre los procesos gástricos y el sistema nervioso, dan cuenta multitud de hechos patológicos en los que se manifiesta de modo evidente. En la práctica diaria observamos síntomas gástricos relacionados con alteraciones orgánicas y funcio-

nales del sistema nervioso ; de los primeros son ejemplo las crisis gástricas de los tabéticos, los vómitos porráceos de las lesiones cerebrales ; y á los segundos pertenecen los trastornos de dispepsia neuromotora que sufren los neurasténicos y neuropatas mal definidos, relacionados siempre con su neurosismo general, y que en la práctica tienen grandísima importancia por el polimorfismo que afectan y lo variado de sus síntomas. No hemos de ocuparnos de este grupo más que para señalar esta frecuente relación, haciéndola resaltar en los casos que un padecimiento gástrico repercute sobre el sistema nervioso dando síntomas de neurosis.

Esta relación se hace más ostensible cuando por una alteración primitivamente gástrica se desordena el equilibrio nervioso, como ocurre con harta frecuencia en los enfermos de estómago, en los que su padecimiento les despierta el mal humor, altera su disposición de ánimo y deprime su energía cerebral. Por mecanismo reflejo también puede alterarse la inervación de otros órganos, produciéndose fenómenos á distancia que, como la opresión precordial, palpitations y fatiga nerviosa, vemos presentar estos sujetos con tanta frecuencia, que nos hacen considerar como cardíacos enfermos cuya sintomatología subjetiva se produce por un reflejo, cuyo punto de partida es el estómago lesionado. Hensch afirma que estos reflejos pueden transmitirse á la esfera sensorial, dando lugar á afasias y perturbaciones visuales ; sobre los centros motores, dando origen á parálisis más ó menos persistentes, y repercutir, por último, sobre la esfera psíquica, dando margen á esa pléyade de fenómenos cerebrales antes enumerados.

Estos últimos accidentes, produciéndose de un modo reflejo al principio, llegarán á su máximo de intensidad cuando son originados á consecuencia de una intoxicación péptica del sistema nervioso ; viniendo á sumarse á los accidentes de la dispepsia grave, gran postración, somnolencia, coma, fenómenos convulsivos y delirantes y estados agudos de excitación. Por la misma causa tóxica pueden presentarse nuevas alteraciones orgánicas en los nervios periféricos y afectarse ciertas ramas, pasando sus neuralgias á ser lesiones de carácter neurítico.

En los procesos dispépticos, como el catarro crónico del estómago, si nos atenemos al relato que estos enfermos hacen de sus síntomas subjetivos, se nos ofrecerán clínicamente en forma de una neurosis cuya complejidad sintomática se reduce á sensaciones de opresión y pesadez epigástrica, depresión de ánimo, irritabilidad exagerada,

palpitaciones cardíacas, sensaciones de vértigo gástrico é hiperhidrosis refleja. Este indefinido cuadro subjetivo no tendría gran valor diagnóstico si una observación cuidadosa no nos condujese á dar la verdadera importancia que tienen los vómitos de estos enfermos, el estado de su lengua, cubierta de un barniz blanco-amarillento, la sensación dolorosa y de resistencia que la palpación produce sobre la región epigástrica, la disminución de la secreción péptica con aumento de moco, y la dilatación atónica del estómago unida á la escasez de su poder absorbente.

En la mayoría de los procesos gástricos los síntomas neuróticos sintetizan la serie de fenómenos caracterizados por un cambio grande y rápido en la intensidad y modo de manifestarse los síntomas morbosos en la clínica de las gastropatías, que la patología viene describiendo con el nombre de *neurosis gástricas*, en sus formas motoras, sensitivas y mixtas, que son las más frecuentes aunque en la práctica se combinen.

El grupo de estas neurosis, extenso en patología y más reducido en la clínica, queda en algunos casos limitado á manifestaciones sintomáticas de procesos anatómicos, que unas veces preparan el terreno para la presentación de lesiones materiales, y en otras ocasiones son los únicos síntomas por los que se manifiestan. Entre la hipersecreción ácida de causa puramente neurótica y la hiperclorhidria de los ulcerosos de estómago, no hay más diferencia que un tanto muy pequeño, que sólo los síntomas concomitantes pueden establecer una diferencia formal: ¿quién en la clínica no recuerda de enfermos en los que una lesión gástrica grave se ocultó durante algún tiempo detrás de una sintomatología neurótica? Por esto es de clínico práctico caminar con mucha cautela para establecer un diagnóstico de neurosis gástrica, de la que puede muy bien ser responsable una grave lesión orgánica.

Los estímulos térmicos, mecánicos y químicos de que puede ser asiento la mucosa gástrica de un individuo neurótico y excitable serán los responsables de la hiperacidez digestiva ó hiperclorhidria, que puede convertirse en hipersecreción ó gastrosucorrea si la secreción de jugo gástrico es permanente, con su variante la *gastrozinosis*, si se presenta en forma de accesos. Entre la hiperacidez, exageración de un acto puramente fisiológico, y la hipersecreción, accidente patológico, no existe una diferencia fundamental en la práctica; siendo tanto más difícil esta distinción cuanto que la hiperacidez puede terminar en hipersecreción. Esta predisposición á

las neurosis secretoras puede estar latente durante algún tiempo, pero con motivo de uno de los estímulos antes enumerados, ó por causas puramente psíquicas, puede manifestarse su cortejo sintomático por dolores más ó menos intensos durante la digestión, con sus irradiaciones hacia la espalda, con sus exacerbaciones violentas, capaces de producir contracciones espasmódicas de cardias y píloro, con eructos ácidos y pirosis molestas, que la presentación de un vómito hiperácido hace desaparecer. Si estos síntomas se hacen extensivos á los intervalos digestivos, el síndrome de hiperacidez llega á la hipersecreción.

La disminución ó abolición de la excitabilidad del aparato nervioso secretor del estómago, que se manifiesta por subacidez ó anacidez nerviosas, no es patrimonio exclusivo de los procesos graves (como el cáncer y la gastritis crónica con atrofia); pero siempre que se repite con frecuencia en un enfermo un vómito que á las cuatro horas de su comida presenta sustancias albuminosas sin digerir, faltando en cambio los residuos amiláceos, hallaremos suficientes motivos para sospechar si entre la pobreza secretoria que diagnosticamos, tendremos una lesión orgánica oculta.

La agitación peristáltica del estómago, que acarrea en los sujetos que la padecen sensaciones molestas; la relajación funcional del cardias, que se traduce en regurgitaciones periódicas, la misma atonía pilórica, causa de fermentaciones intestinales, por llegar á esta cavidad alimentos insuficientemente transformados; el espasmo de este orificio y el cardioespasmo, encierran los principales síntomas en que se apoya el diagnóstico de *neurosis motora del estómago*, completados con la atonía gástrica, que siendo un fenómeno parcial del histerismo ó de la neurastenia, se presenta á veces relacionada con lesiones orgánicas ó como consecuencia de distensiones gástricas, por ingestión excesiva de alimentos.

El vómito, que teniendo por causa la aparición de un reflejo, y su determinación en estímulos periféricos del arco que lo representa, ó excitación directa de su centro bulbar, adquiere su carácter neurótico, si por estar excitados los aparatos nerviosos que en él toman parte, afecta las particularidades de producirse inmediatamente después de las comidas, sin fatigas, sin esfuerzos, desprovisto de náuseas, colapso y sudores; no está demás en la clínica el no suggestionarse demasiado con sólo estos caracteres, y buscar una causa orgánica que justifique más la aparición del síndrome.

Las neurosis sensitivas con sus desagradables sensaciones de

opresión, que conducen á la pesadez gástrica, tirantez que pronto llega al dolor (gastralgia), y repugnancia á los manjares, las vemos reproducirse en multitud de procesos gástricos; y sólo en el caso que la hiperestesia del estómago no se deba á ninguna clase especial de los ingesta, y se presten sus síntomas á rápidos cambios, é inesperados por lo incomprensibles, acompañándose además de hiperestesia cutánea y otros estigmas histéricos, estaremos autorizados á formular un diagnóstico de gastricismo neurósico ante este grupo de sensaciones anormales. Todos estos tipos de neurosis gástrica pueden asociarse, dando lugar á las formas mixtas, de las que el síndrome funcional de los neurasténicos ocupa el lugar más preferente.

Si los síntomas neurósicos son capaces de enmascarar el curso clínico de la mayoría de los procesos del aparato digestivo, en ningún otro se presentan con más complejidad que pueden hacerlo, tratándose de la úlcera del estómago. Todos los clínicos conocen las dudas que pueden surgir al calificar de ulceroso á un enfermo del estómago, y con cuánta frecuencia pasa este proceso confundido con un síndrome funcional de carácter neurósico, en el que á veces no falta ni aun la gastrorragia típica.

Cuando el dolor, terebrante, lancinante ó urente, de ordinario agudo, termine por un vómito hiperácido que á veces arrastra coágulos sanguíneos en los que se reconocen cristales de hematina, el diagnóstico no ofrece duda alguna; pero esta regla general tiene tantas excepciones como enfermos son, los que llevando una úlcera latente en su estómago, nos consultan un cuadro doloroso que se aumenta por la presión en la línea cifo-umbilical, que se alivia en ciertas posiciones ó con motivo de un vómito, y que aun éste mismo, denunciando la hiperclorhidria, no nos dice más que el enfermo que observamos puede ser de una neurosis gástrica, en el que, por efecto del desequilibrio que acarrea su lesión oculta, presenta otra clase de síntomas funcionales que recuerdan verdaderos estigmas neurósicos.

Vemos, pues, cuántas dificultades puede ofrecer el diagnóstico de úlcera péptica, faltando el síntoma patognomónico de gastrorragia ó hematemesis; pues los vómitos de poco valor diagnóstico, no poseen alguno si, como de ordinario ocurre, se presentan unidos á trastornos generales nerviosos que, como la cardialgia parosística, la hiperestesia gástrica con hipersecreción envuelven un conjunto de síntomas, que sólo pequeños caracteres de intensidad y momento

en su presentación, pueden ponernos en camino de sospechar una lesión ulcerosa en una joven demacrada y anémica.

Cuando el cáncer gástrico da síntomas físicos, su diagnóstico no ofrece duda alguna; pero si nos atenemos al cuadro subjetivo, se presentan no menos grandes que en la úlcera redonda; se revelará por parecidos gastricismos nerviosos, máxime si la implantación de la neoplasia tiene por cuna una reliquia ulcerosa. El síndrome funcional del canceroso evoluciona á veces con tales cambios, que por lo sorprendentes pueden motivar grandes vacilaciones diagnósticas; un abatimiento general del organismo por causas de una digestión entorpecida, anorexia, astenia gástrica, sensación de frío en piés y manos, dolores extraordinarios que, recordando las crisis tabéticas, producen gran decaimiento de fuerzas; tal es el conjunto de síntomas vagos por los que se manifiesta el cáncer del estómago, á cuyo diagnóstico no podremos llegar si nuevos datos de quimismo gástrico unido á una melena, ó la aparición de signos físicos, no resuelven la duda, descubriendo el sostén en que se apoyan los síntomas neurósicos.

La dilatación gástrica como especie morbosa, envuelve un conjunto de síntomas dependientes del trastorno causal en que se apoya el tipo protopático que Bouchard hace depender de la neurastenia; pero ya sea de predominio esencial, ya se encuentre ligada á obstáculos mecánicos, los síntomas nerviosos son los primeros que abren la escena con sus sensaciones molestas en la región gástrica, paroxismos dolorosos con sus irradiaciones á la espalda y pecho, regurgitación, eructos desagradables y vómitos, que, siendo abundantes y con residuos alimenticios de días anteriores, dan la clave patognomónica del diagnóstico.

Más adelante, cuando la gastro-intoxicación se desenvuelve, aparecen las terribles noches de insomnio, las pesadillas, las visiones terroríficas, la excitabilidad de ánimo, el delirio, el coma y los reflejos complicados, que terminan en un cuadro de convulsiones y tetania.

Para terminar estos cuadros, hemos de mencionar que los desplazamientos del estómago pueden denunciarse por determinar síntomas neurósicos de hiperestesia gástrica, cardialgias y desmayos debidos á la tracción de las ramas nerviosas de las paredes del estómago y de los plexos simpáticos, que en ocasiones pueden ser origen reflejo de neurosis más complicadas, como el histerismo y neurastenia de causa visceral.

Pocas veces los síntomas neuróticos relacionados con las enfermedades del aparato intestinal, se presentan dominando el cuadro patológico hasta el punto de ser dudosa la interpretación de las lesiones en que se apoyan; no obstante esto, la indiscutible existencia de una relación anatómica entre este tramo del aparato digestivo y el sistema nervioso cerebromedular, nos explica la influencia que la corteza del cerebro tiene sobre los movimientos del intestino, ora acelerándolos, ya dificultándolos por intermedio de las fibras motrices que se albergan en el nervio vago y los inhibitorios que tienen su trayecto intramedular (Gómez Ocaña). Este enlace nervioso es el responsable de que en la clínica neuropática tropecemos frecuentemente con síndromes que, teniendo su desenvolvimiento en el tubo intestinal, no obedezcan á ninguna lesión aunque bien pudieran simularla, y que á cada paso luchemos con síntomas de rara interpretación, susceptibles de modificarse por una acción medicamentosa que está fuera de los límites de la terapéutica racional: tal sucede con el estreñimiento habitual, que en las histéricas depende, según Brunton, de un reflejo inhibitorio que parte de su ovario, y que cede por la medicación opiada.

Vemos, pues, cómo los síntomas neuróticos son un accidente secundario en la sintomatología de las lesiones del intestino, y pocas veces pueden enmascararlos ó complicarlos; sólo tendremos que hacer mención de que la pseudo-oclusión puede presentar un cuadro de supresión de las deposiciones y ventosidades, vómitos estercoreáceos y colapso grave; y como este cuadro, lejos de presentarse siempre autónomo y sin lesión que lo explique más que un accidente histérico, puede ser en otros casos el resultado de un desorden reflejo debido á una lesión orgánica ó infección bacteriana, bueno es que tengamos presente esta posibilidad para que, no olvidando lo remoto y grave aunque cierto, pensemos en lo inmediato leve, y falso en muchas circunstancias.

En muchos procesos agudos de naturaleza infecciosa, en los que, como el cólera y diarreas colicuativas, se producen grandes evacuaciones que acarrearán gran desecación hemática, son frecuentes los síntomas por parte del sistema nervioso, como los estados convulsivos, los calambres y la inhibición cardíaca que conducen á un colapso mortal.

La sintomatología nerviosa que se desenvuelve por la presencia de tenias en el intestino, merece detengamos nuestra atención, porque si bien es cierto que de estos fenómenos se han hecho en no le-

janas épocas juicios fantásticos respecto de las más complejas sensaciones, describiéndose con risible convicción todos los movimientos del parásito y hasta las impresiones de su mordedura, no es menos positivo que, sin llegar á estas imaginarias novelas, los síntomas á que pueden dar lugar su presencia, son dignos de tenerse en cuenta, como cuadros neuróticos que pueden simular los más complejos síndromes.

Todos recordamos de nuestra práctica enfermos que tratados como dispépsicos unas veces, considerados como neuróticos otras, juzgados como mentales en ocasiones, se alivian y curan por la expulsión de una tenia que su sintomatología no fué suficiente á preveerla. De varias clases pueden ser estos síntomas neuróticos. Por parte del aparato digestivo pueden presentarse sensaciones dolorosas extremadamente variadas, ya en forma de peso, pellizcamiento, sensación de bola, ó bien con aspecto de cólicos, que aparecen y desaparecen con sorprendente rapidez; trastornos en la sensación de hambre, que se manifiesta tanto por exceso como por anorexia, y que en algunos casos se une á esto náuseas, vómitos, estreñimiento ó diarrea. En algunos casos se han presentado trastornos hepáticos y hasta pasajeras cirrosis por obstrucción del conducto colédoco por el parásito.

Por parte del sistema nervioso los reflejos pueden ser sensoriales y sensoriomotores; entre los primeros la alteración del oído, afasia momentánea y las perturbaciones visuales, con ó sin dilatación pupilar, ocupan un lugar preferente; los segundos, siendo más complejos en sus manifestaciones, se denuncian por vértigo, insomnio rebelde, contracturas, espasmos laríngeos, convulsiones, sobre todo en los niños, corea, parálisis y ataques epileptiformes distintos de la epilepsia idiopática, en que el ítus es menos brusco, las caídas menos graves y las heridas excepcionales, aunque la duración del ataque sea mayor en estas formas pseudo-epilépticas. Constituyen otra fase de los síntomas cerebrales los cambios de carácter que sufren estos portadores de parásitos, que á veces le conducen á la hipocondría que Esquirol ha señalado como síntoma relativamente frecuente, á la que se unen ensueños penosos y extraños.

Reflejos menos complicados, pero molestos en alto grado, son los trastornos respiratorios, la tos frecuente y penosa y los síntomas de pseudo-asma.

Una sintomatología más compleja, que parece relacionada con la existencia del botricéfalo, es la exageración de los síntomas apun-

tados, á los que se unen un insomnio más pertinaz, deposiciones irregulares, náuseas, vértigos, palpitaciones, cardialgias y desfallecimientos capaces de desorientar al clínico más acostumbrado. Estos síntomas, que por sus manifestaciones y desenvolvimiento constituyen sólo fenómenos neurósicos, jamás son suficientes para fundamentar el juicio clínico, al menos que una sagacidad práctica afamada, sea capaz de juzgar como parasitaria la anemia que á veces acompaña á estas manifestaciones morbosas.

\* \* \*

Por parte de los anejos del aparato digestivo, pocos son los síntomas neurósicos capaces de enmascarar sus lesiones; pero en el curso clínico de ciertos procesos hepáticos ocurre como en las ictericias, la presentación de un bradicardia, que hoy se interpreta por una intoxicación de los ganglios intracardíacos debida á los ácidos biliares; el prurito cutáneo que apareciendo en la misma época, y que, como la bradicardia, no tiene otra explicación que la de un síntoma neurósico, que llevados á su más alto grado pueden hacer su cambio en los fenómenos cerebrales de la colemia, que se denuncian por la debilidad general, la inquietud, la presencia ó exageración de los síntomas nerviosos, como el delirio y las convulsiones locales y generalizadas, que toman á veces el carácter epiléptico.

Estos síntomas, llevados á su más alto grado, los vemos presentarse en la atrofia amarilla aguda del hígado, en la que, á más del estado tífico de postración que indica la perturbación en la actividad del sistema nervioso, aparece el insomnio, subsalto de tendones, moscas volantes, delirio tranquilo ó violento, que Traube ha considerado como ataques colémicos especiales paroxísticos, durante los cuales los enfermos se pondrían furiosos, después de los que de ordinario aparece el coma, casi fatalmente mortal la mayoría de las veces.

La hepatitis intersticial aguda, que termina por la supuración hepática, produce síntomas dolorosos y reflejos que, como la neuralgia del frénico con sus irradiaciones al hombro derecho, debido á la relación de este nervio con la cuarta rama cervical, los síntomas de dificultad respiratoria que la pleuresía diafragmática consecutiva á la perihepatitis produce, son fenómenos que al principio pudieran confundir el cuadro patológico, si una tumefacción dolorosa casi constante de la región hepática con la fiebre intermitente de escalofrío y sudor, unido á una etiología infecciosa de puerta de entrada mani-

fiesta, no nos indujesen al diagnóstico cierto de absceso del hígado.

Lo inconsecuente de los síntomas en los procesos pancreáticos, siempre rodeados de accidentes que por su frecuencia en otras lesiones patológicas fácilmente se confunden con ellos, dan un carácter de incertidumbre al diagnóstico de las lesiones de esta viscera, que pocas veces se adquiere en clínica fundamentos sólidos en los que puedan establecerse formales consecuencias. La sialorrea, atribuida por unos á un hecho puramente reflejo, estimada por otros como un accidente compensador del que se encargan las glándulas salivares por la lesión de esta viscera, ni se presenta siempre ni jamás se debe atribuir un valor formal para el diagnóstico. Tanto puede decirse de la esteatorrea, glicosuria, tinte bronceado é icterico de la piel, y de los accidentes circulatorios de otras vísceras ventrales, que cualquier otro entorpecimiento puede producirlo.

Si no vemos en esta sintomatología nada patognomónico, nada de extraño tiene que los dolores angustiosos, el sudor frío, la frialdad de las extremidades y los vómitos constituyan por sus alternativas de mejoría y agravación un síndrome morbo en el cual, sólo á título de sospecha, pueda atribuirse una lesión aguda del órgano pancreático, ya sea apoplética ó inflamatoria.

En las lesiones del peritoneo, aparte del dolor, que por su intensidad puede acompañarse de neurosis alarmantes, nada hay que pueda confundir un clásico cuadro de reacción peritoneal de forma aguda, ó enmascarar las consecuencias viscerales de las lesiones crónicas de la serosa; sin perjuicio que por síntomas puramente neurósicos se pueden dar á la clínica una simulación peritoneal.

#### MODO DE COMPORTARSE EL SISTEMA NERVIOSO EN LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

La nobleza funcional del aparato circulatorio; la íntima conexión que el centro motor de la circulación tiene con otras vísceras mediante un complejísimo aparato nervioso, la ayuda que estos mismos órganos le ofrecen para su mejor función y regular cometido fisiológico, hace que sus síntomas patológicos sean á veces un conjunto de fenómenos puramente nerviosos, cuya causa, encontrándose ya en los órganos que integran este aparato, ó en órganos lejanos, le transmite su influencia en virtud de esta trama nerviosa, que si en lo fisiológico completan y ayudan su cometido, en el estado patológico también lo perturban y modifican.

El corazón, como órgano central de la circulación, actuando

como bomba aspirante é impelente, tiene su misión fisiológica en su poder contráctil, que de un modo autónomo realiza, como órgano muscular que es, y en virtud de un complejísimo mecanismo nervioso que perfecciona sus más altos fines.

Tres ganglios presiden el automatismo funcional del miocardio: el de Remak y el de Bidder, de acción excitadora, y el de Ludwig, que, lejos de producir un refuerzo sistólico, origina una inhibición funcional. Estos ganglios de funcionalismo autónomo, que gobiernan la acción rítmica del miocardio, se encuentran relacionados directamente con la inervación extrínseca que, originándose en el plexo cardíaco, procede de los nervios vagos por una parte, y de los eferentes de los ganglios del simpático, último cervical y primero dorsal; no siendo aventurado sospechar que esta inervación se reparte en los ganglios excitomotores, y la procedente de los vagos ó del espinal, por intermedio de aquéllos, vendrán á relacionarse con el ganglio inhibitorio del corazón. Los nervios pneumogástricos serían los representantes en el hombre del nervio de Cyon, de los animales, y á través de ellos se producirán influencias centripetas reguladoras por acto reflejo de la tensión hemática.

De esta intrincada red nerviosa surge la complicada función circulatoria, averiguada hoy por medio de las vivisecciones y confirmada por la clínica de las cardiopatías. El ritmo cardíaco y la regular distribución de la sangre, dependen del concierto funcional de este mecanismo nervioso. La acción del simpático, actualizada por los ganglios aceleradores, precipitaría la revolución cardíaca, produciendo una taquicardia perjudicial, si no se opusiera á ello la acción frenadora antagónica de los pneumogástricos por intermedio del ganglio de Ludwig. De este concierto armónico surge un sistole auricular durante el cual se preparan los ventrículos para realizar su cometido sistólico; la terminación de éste, forma el segundo tiempo de la revolución cardíaca, finalizándola el gran silencio ó reposo del órgano, necesario para que su nutrición no sufra, reparándose las fuerzas del miocardio en virtud del riego sanguíneo que recibe por las coronarias. En este tiempo de reposo estriba toda la nutrición del corazón y la estabilidad de su función rítmica: el juego nervioso automotor aceleraría, según hemos dicho, la revolución cardíaca, produciendo un ritmo parecido al fetal; pero el pneumogástrico, actuando de regulador, cual volante de un motor, acumularía energías suficientes á vencer los puntos muertos del órgano central de la circulación, dando lugar á que el gran si-

lencio del miocardio esté representado por el descanso suficiente para que el órgano reciba la sangre que ha de prestarle nuevas energías para seguir el curso de su cometido sistólico.

Si hacemos intervenir en este complicado juego el sistema nervioso vasomotor, reconstituiremos la función circulatoria, subordinada siempre á este mecanismo nervioso y gobernada por la acción directa que el bulbo posee sobre su automatismo.

Si la función cardíaca despliega un enérgico sistole mandando su columna líquida con gran fuerza á la cavidad de la aorta, la arteria sufrirá una dilatación enérgica de sus paredes; el choque de retroceso por el sistole arterial se hará sentir sobre las sigmoideas, denunciando la hipertensión; la sangre circulará con lentitud, por vencer resistencias más enérgicas; y esta misma plétora, regando con más energía el centro nervioso regulador, será origen de una excitación directa de este centro, que puesta en acción por los vagos, disminuiría el número de latidos, produciéndose al mismo tiempo una vaso-inhibición que al fin y al cabo han de reducir la tensión sanguínea que por un mecanismo nervioso se produce. La acción centripeta de los pneumogástricos sería la responsable del reflejo inhibitorio, que ocasionando el más rápido desagüe arteriovenoso, rebajaría la tensión. Este segundo elemento, moderador de la corriente sanguínea, tiene gran importancia desde el punto de vista regulador de la tensión aórtica, siendo tanto mayor aquélla cuanto menor sea el desagüe del árbol arterial en el venoso á través de los capilares, aumentando en razón inversa al paso de la sangre á través de las arteriolas.

Un descenso en la tensión sanguínea produce de un modo indirecto un estímulo sobre los nervios aceleradores cardíacos y vasomotores, que al repercutir sobre el corazón aumentando el número de sistoles, y sobre los vasos reduciendo su calibre, aumentan la tensión de la sangre en las arterias.

Los centros bulbares pueden estimularse por un mecanismo reflejo, en virtud de excitaciones que, partiendo de órganos lejanos, repercuten sobre el concierto funcional del aparato circulatorio, dando origen á fenómenos de hipertensión é hipotensión arterial, que si en el estado fisiológico ningún desastre acarrearán, en el patológico pueden ser motivo de accidentes fluxionarios perniciosos. El centro bulbar inhibitorio puede ser solicitado por impulsos eferentes nacidos en casi todos los órganos de la economía; los que se originan en las vísceras abdominales siguen el trayecto de los ganglios simpáti-

cos del mesenterio á la médula por los ramirrecurrentes, y á este mismo centro, siguiendo un trayecto intermedular por las vías sensitivas generales, siendo el nervio vago el portador de estos estímulos, cuando parten del estómago, hígado y pulmón.

Los nervios aceleradores pueden estimularse directamente actuando sobre sus centros ganglionares, por excitaciones sobre los haces de fibras que partiendo de la médula, atravesaban el ganglio cervical inferior y primero dorsal del trisplánico.

Aunque hasta ahora no nos sean conocidos más centros y vías que los mencionados, la razón autoriza á pensar que estos centros están subordinados á otros de superior jerarquía, relacionados de directo modo con la porción infracortical del cerebro, quizás con la esfera afectiva, como lo prueba el hecho de que ciertas impresiones morales repercuten de tal modo sobre el ritmo cardíaco que en caso de ser enérgicas pueden retardarlo, llegando á producir en momentos dados un choque tan intenso capaz de originar un síncope pasional.

\*••

Valiéndonos de estas consideraciones de fisiologismo cardiovascular, podremos intentar un ensayo de interpretación fisiopatológica de las alteraciones funcionales del corazón y vasos, cuando tras de estos trastornos se oculta una lesión capaz de sostener la anormalidad morbosa, desconocida unas veces por deficiencia de nuestros medios, é inadvertida en otras circunstancias ante la necesidad de seguir con éxito una medicación sintomática.

Es frecuente en la clínica cardiovascular olvidar lo posible y remoto por temor á un pronóstico fatal, al que estamos autorizados de un modo prematuro; con sobrada frecuencia olvidamos el sostén probable de un síntoma ó síndrome patológico si de su observación salimos triunfantes con el tratamiento de urgencia empleado, y sólo en el caso de frecuentes repeticiones del mismo, ó porque al azar descubrimos un camino cierto, llegamos pocas veces á dilucidar una cuestión causal que, una vez aclarada, nos pone en situación más airosa para la predicción de fenómenos ulteriores. Entonces, cuando el tiempo ó la observación continuada nos descubre lesiones anatómicas con su sintomatología propia, nos damos perfecta cuenta que los accidentes anteriores no tuvieron otra cuna que aquella causa patológica, más visible ya, y que mientras estuvo

oculta pasaron sus gritos de alarma á la categoría de síntomas neurósicos.

En las lesiones cardíacas es frecuentísima la autosugestión afectiva; el cardíaco en el que con lentitud se desarrollan sus lesiones, es presa de un vago sentir de enfermedad, que con frecuencia le dispone á lamentaciones de temor acerca de próximos ó remotos desastres: se siente bajo el peso de un indefinido malestar, que ya sea debido á trastornos circulatorios incipientes en esta época, ya se manifiesten por la molestia de cierta disnea de esfuerzo, ya sean consecuencias de la palpitación que, en contra de lo que afirma Poter, representa en muchos casos el agobio de un corazón enfermo, ó bien sean consecuencias de ese sordo malestar prodrómico del *angor pectoris*, es lo cierto, que el campo consciente de un cardíaco recibe impresiones capaces de dar un síndrome subjetivo por el que se denuncian lesiones incipientes que su semiología física no llega aún á descubrirlas. El síncope, las palpitaciones y las alteraciones de ritmo son los primeros fenómenos neurósicos por los que á veces se manifiestan las cardiopatías orgánicas.

No intentamos con esto quitar valor á síndromes tan antiguos como la neuropatía cerebrocardíaca ó enfermedad de Krishaber, y á las palpitaciones sin fondo orgánico conocido; por ahora han de tener su lugar predilecto en la patología, aunque la clínica limite su esencialidad averiguando el fondo lesional que los sostiene.

El *síncope*, ese síndrome funcional que con frecuencia se nos presenta desligado de toda lesión orgánica conocida, adquiere su carácter neurósico cuando sólo impresiones nerviosas es capaz de provocarlo. Se repite con frecuencia en el mismo individuo ó en sujetos de pobreza orgánica manifiesta; con iguales caracteres lo vemos presentarse en la joven mal reglada, en el sujeto de herencia neuropática conocida, en el sietemesino pusilánime y en el agotado y fatigado de sistema nervioso; siempre llama la atención que una impresión nerviosa, afectando por igual á dos sujetos, produzca en uno de ellos invariablemente el estado sincopal, y no tenga acción patológica en el otro; aunque nada orgánico se descubra á nuestra vista por el momento, ¿no estaremos autorizados para pensar, en vista de esta tenaz predisposición, que el síndrome sincopal reconoce por causá una tendencia al funcionalismo patológico del aparato cardiovascular?

En lo que al síncope funcional se refiere, ya vemos cuántas dudas surgen acerca de su patogenia; en otros casos, una exploración de-

tenida nos pone de manifiesto una anemia mediana ó intensa, que, regando pobremente los centros reguladores cardiacos, determina un síncope que, si bien se encuentra enlazado á una causa nerviosa, es la anemia la que predispone á que la impresión tenga su transformación en el hecho sincopal por producir la derivación circulatoria que conduce á la anemia cerebral responsable del síndrome. En lo que los reflejos anormales tengan de factores etiológicos, hemos de estar prevenidos con las causas gástricas, uterinas é intestinales parasitarias, que en más de una ocasión son las ocasionales.

El síncope que tiene por cuna una lesión cardiovascular, es tan frecuente, que por su presentación debemos caminar en busca de la *miocarditis* responsable de la muerte sincopal de los convalecientes de procesos tíficos; ya de una esclerosis cardiovascular, que con frecuencia lo presenta en su sintomatología, como ocurre en el síndrome Stokes-Adams; ya se deba á una lesión coronaria oculta hasta entonces, rastrera y grave por la latencia con que se desenvuelve, ó ya se ofrezca como síntoma mortal á veces, de una insuficiencia aórtica, averiguable clínicamente por su sintomatología física tan característica.

Ante un cuadro sincopal jamás debemos prescindir de una exploración minuciosa del aparato cardiovascular, si queremos completar el juicio clínico del síndrome que presenciemos; y aunque los ejemplos se repitan con frecuencia, bástanos citar el de un enfermo que, convaleciente de un proceso diagnosticado de gripal, presentaba repetidos síncope, que fueron calificados por el médico de su asistencia como fenómenos neuróticos; y una detenida exploración puso de manifiesto una pericarditis con mediano derrame, que era la productora de los estados sincopales, como lo demostró el hecho de desaparecer el síntoma al terminar la reabsorción del derrame pericardiaco.

Las palpitations cardiacas y las alteraciones de ritmo son los neurosismos que, dependientes en muchas circunstancias de lesiones ocultas ó de reflejos responsables, pueden darnos la clave en la investigación de la lesión causal que las engendra.

Las *palpitations de corazón*, advertidas de un modo angustioso por el enfermo, y comprobadas por una cuidadosa observación, no siempre reconocen por causa un fondo puramente neurótico, sino que en la mayoría de los casos que observamos, podemos llegar á descubrir la causa productora en el síntoma nervioso, ya localiza-

da, ya fuera del aparato circulatorio: y hasta en los mismos casos en que la lesión se oculta, hasta el punto de cargar en cuenta al histerismo y neurastenia el síntoma que observamos, una desconfianza útil por sus resultados, nos lleva más tarde al camino de corregir una anemia, á modificar un retardo de nutrición, á suprimir una intoxicación, á mejorar una debilidad orgánica, á moderar un trabajo que, al producir un agotamiento, acarrea el síntoma palpitation como enlace directo con la causa averiguada, en la que el corazón no obra más que como instrumento indirecto por la que aquélla se exterioriza.

Esto en lo que á las palpitations idiopáticas se refiere, porque en las de causa cardiovascular, más frecuentes que lo que Poten afirma, encontramos resuelto el problema desde el momento que una cuidadosa exploración nos revela el soplo endo ó pericardiaco de causa orgánica, con sus accidentes circulatorios correspondientes, ó un aumento de volumen cardiaco, revelador de una dilatación ó hipertrofia que nos indica la existencia de una lesión orgánica, causa indudable del latido angustioso.

Al hablar de los neurosismos de origen gástrico indicamos los reflejos patológicos á que podrían dar origen las lesiones de estómago: uno de los más frecuentes, y que con más cuidado debemos perseguir en la clínica por su origen, son las palpitations cardiacas. Si del 50 por 100 de palpitations neuróticas hay que rebajar un 40 porque más tarde se averigua la causa lesional que la sostiene, el otro 50 próximamente hay que cargarlo en cuenta de causas gastrointestinales. Estas constituyen el máximum de palpitations simpáticas ó reflejos, sostenidos unas veces por lesiones latentes del estómago, por dispepsias tenidas por funcionales, por gastroectasias primitivas ó secundarias, por reflejos parasitarios del intestino y por causa de anejos del aparato digestivo, en las que el hígado y vías biliares ocupan un importante lugar. Al tratar de las neurosis de causa uterina veremos la parte tan importante que la matriz juega en esta clase de neurosismos reflejos.

\* \*

La aceleración rítmica del corazón se manifiesta en la clínica por el fenómeno conocido con el nombre de *taquicardia*. Esta puede presentarse desligada de toda lesión visible, dando lugar al síndrome clínico de *taquicardia esencial y paroxística* por la forma en que se presentan sus accesos, que de un modo brusco, inopinado y sin

prodromos, sorprende al sujeto de más floreciente salud con un ataque de frecuentes y violentas contracciones cardíacas; que duran desde algunas horas hasta algunos días, dos ó más, según se trate del acceso corto ó largo, y que se acompañan de trastornos congestivos viscerales con descenso de la tensión arterial. Este síndrome mortal algunas veces, no se encuentra relacionado ni con lesiones orgánicas que lo justifiquen, ni la historia de estos sujetos ha sido, que nosotros sepamos, seguida con la suficiente atención para conocer el porvenir patológico de estos enfermos; no obstante, si cuidadosamente buscamos la historia patológica familiar ó individual, encontraremos una herencia, nerviosa unas veces, cardiovascular otras, y hasta verdaderos lazos con individuos degenerados.

Los antecedentes individuales de estos enfermos no pueden ser más elocuentes por tratarse en unos casos de *emotivos* que su trastorno cerebral les lleva á padecer el síntoma; ya diatésicos que su reflejismo exagerado les acarrea su taquicardia, ya alcohólicos en los que puede estimarse como signo, ó bien fatigados del sistema nervioso, por cuya causa presentan las crisis de taquicardia esencial, motivos por los que han de ir desapareciendo del cuadro del esencialismo, pues cuando más esenciales sean debemos agregarlas en cuenta á ese falso grupo de taquicardias fisiológicas.

Las verdaderamente *patológicas* adquieren el calificativo de sintomáticas desde el momento que una exploración detenida nos pone de manifiesto, ya un accidente nervioso que la explique, ya una causa cardiovascular que la sostenga, ya un accidente distrófico tóxico ó infeccioso al que tengamos que cargarle en cuenta el síndrome.

Entre las primeras nos encontramos en la clínica con las neurocentrales, sintomáticas de lesiones graves del bulbo, que amenazan una muerte próxima en los enfermos del eje cerebromedular, las producidas por una compresión persistente del pneumogástrico, ya sea en su origen aparente (tumores), ya en su trayecto, como bridas cicatriciales, ganglios infartados, aneurismas y adenopatías del mediastino, entre las que sin ningún género de duda debe incluirse la taquicardia prematura de la tuberculosis pulmonar. Entre estas mismas, de naturaleza nerviosa, hemos de incluir las determinadas por un mecanismo reflejo, como las de causa gástrica, renal y uterina, que ocupan un importante lugar.

Las taquicardias de causa cardiovascular, afectando el tipo paroxístico, son tan frecuentes, que siempre al observarlas en clínica debemos hacer una exploración detenida en busca de lesiones

valvulares, hipertróficas del miocardio, arterio-esclerosis (1) que al producir hipertensión sean las responsables de un riego hipertónico de los centros bulbares, ó bien sean debidos los síndromes á una neuritis propagada al plexo cardíaco con la alteración consiguiente de vago y simpático por causa de una pericarditis latente y oculta.

Los accidentes tóxicos, por la lentitud con que se desenvuelven, son más bien los responsables del grupo esencial de la *palpitación* que estudiamos; pero entre las infecciones, tenemos como causa de taquicardia el gran grupo de aquéllas, como tifoidea, difteria y gripe, que por tener una acción perniciosa sobre la inervación cardíaca, son las responsables con más frecuencia del síndrome en cuestión, sin que falte su natural intervención á otras de menor cuantía, como la escarlatina, viruela, reumatismo y fiebres perniciosas. Las discrasias son tan ricas en esta clase de manifestaciones, que no está de más, siempre que en una joven demacrada se nos presenten, recurramos á la investigación del valor globular por un detenido análisis hematológico.

En la *bradicardia*, aparte del síndrome Stokes-Adams, que por descansar en el tripode de pulso lento, síncope y ataques epileptiformes, tiene individualidad patológica característica, apoyada la mayoría de las veces en lesiones esclerósicas apreciables, las demás que la clínica puede ofrecer reconocen parecidas causas que la taquicardia, diferenciándose sólo en el mecanismo de producción que reconoce siempre una abolición ó disminución del papel del simpático, con predominio de la acción inhibitoria del pneumogástrico; por igual camino que en las taquicardias hay que buscar la causa productora de la individualidad morbosa.

Para terminar el concepto de neurosis sintomáticas ligadas y puestas en acción por el aparato cardiovascular, haremos somera mención del tan debatido asunto de las aritmias. Mientras exista un plexo cardíaco ligado y subordinado al funcionalismo cerebro-medular, habrá un motivo que justifique el concepto de aritmias nerviosas; pero ¡cuántas veces observamos lesiones cardiovasculares responsables de las llamadas neurosis del pneumogástrico, que se manifiestan por una aritmia! Fácilmente comprenderemos esta relación causal si tenemos en cuenta que el conflicto *patológico* que caracteriza la aritmia depende de una alteración funcional del corazón ó de su plexo nervioso, ligada por lo general, á una altera-

(1) Dos observaciones de Romberg, citadas en el *Ebstein*, núm. 1, pág. 771.

ción anatómica, desconocida muchas veces por lo incipiente de su desenvolvimiento.

El ritmo funcional del corazón es una cualidad inherente á la contracción cardíaca (1), pero la acción rítmica se desenvuelve por una influencia nerviosa que el papel antagónico de pneumogástrico y simpático ponen á contribución de la regularidad funcional del miocardio. Un estímulo nervioso repartido por igual sobre los dos ventrículos, y en el mismo momento en ambos, determina la contracción muscular en la misma unidad de tiempo; pero si una alteración de la fibra, una esclerosis valvular ó una lesión del mismo plexo nervioso dificulta la acción de este influjo nervioso sobre la musculatura ventricular, ó impide su llegada á ella, no repartiéndose por igual entre las fibras propias y comunes de ambas cavidades, se producirán contracciones bastardas por predominar la acción unilateral del ventrículo sano en sus fibras, ó de aquel á quien sin interrupción llegue la acción nerviosa por sus conductores sanos.

Las cavidades cardíacas sólo se contraen cuando ocupada su luz por la sangre, reciben de ella el estímulo, y del sistema nervioso la influencia necesaria y oportuna en la unidad de tiempo; de lo que se deduce, por tanto, sin ser muy exclusivos en esta clasificación que intentamos, que una alteración de la fibra cardíaca (miocarditis, esclerosis), por no poner en acción esta influencia, será capaz de trastornar el ritmo cardíaco; una lesión valvular, dificultando la regular distribución de la sangre, puede crear el síntoma que estudiamos, y una lesión nerviosa será, por último, responsable de la aritmia, por alterarse la vía por la que la influencia rítmica se transmite.

Entre las aritmias funcionales tenemos que mencionar la frecuencia con que en clínica se presenta desde el pulso inestable (2) hasta el más complejo de los delirios cardíacos: entre las primeras se encuentran las aritmias por el número, estudiadas por Hichard en los neurósicos y convalecientes; las aritmias por la fuerza que, afectando á la expansión, reproducen los caracteres del pulso mitro-aórtico; y las aritmias por la forma, caracterizadas por verdaderas desigualdades cardíacas. Las intermitencias verdaderas ó falsas (pasos falsos de corazón) son variedades de aritmias, cuya causa hay que buscarla en el conflicto circulatorio que originan las lesiones valvulares, como ocurre en los sistoles abortados de los en-

(1) Muñoz y R. de Pasanis: Enfermedades del corazón y aorta. Madrid.

(2) Pulsaciones fuertes y rápidas que alternan con otras débiles y lentas.

fermos mitrales, que, por el reflujo exagerado de sangre á la aurícula ó la falta de repleción ventricular, se produce un sístole imperceptible en la arteria por la hipotensión arterial en el primer caso, y el sístole redoblado ó anticipado en el segundo.

La revolución cardíaca, fuerte y débil, que rápidamente se sucede, perceptible la primera en el pulso radial é imperceptible la segunda, cuyo conjunto caracteriza el ritmo pareado con su pequeño y gran silencio; el carácter de *bigémino* que adquiere el pulso cuando la segunda pulsación es también perceptible, aunque con menos intensidad en la arteria, el pulso alternante, etc., son otras variedades de aritmia que por presentarse con arreglo á un compás determinado, reciben el nombre de *aloritmias*.

Todas estas formas de alteraciones rítmicas pueden presentarse como episodios funcionales de lesiones: 1.º Nerviosas (meningéas, cerebrales, bulbares, medulares y neuríticas). 2.º Tóxicas de predominio nervioso ó miocárdico: *a*, exógenas (tabáquicas, alcohólicas y clorofórmicas); *b*, endógenas (basedownianas, bríhticas y distróficas). 3.º Reflejas (gastro-intestinales, uterinas, hepáticas, etc.). Y 4.º Cardiovasculares: *a*, miocárdicas (convalecencias febriles, miocarditis infecciosas); *b*, valvulares (cardiopatías de origen vascular).

Desde el momento que la patología nos induce á admitir variedades patogénicas tan definidas de irregularidades cardíacas, la clínica nos pone en camino en cada caso, de averiguar el sostén etiológico de estas alteraciones, para que en ningún momento seamos sorprendidos por causas inmediatas ó remotas, responsables de una aritmia que momentos antes tengamos calificada de funcional pura sin base anatómica conocida.

La aparente exageración de sistematizar, agrupando fenómenos con el carácter de sintomáticos, tiene en todos los casos la disculpa científica de la necesidad causal, y la justificación clínica de ser el único camino posible para establecer indicaciones de terapéutica patogénica, que en buena práctica son las de indiscutible valor y de una racionalidad científica útil en la mayoría de los casos.

Esto que con frecuencia vemos establecerse como relación entre los neurosisismos cardiovasculares y lesiones el mayor número de veces ocultas de este aparato, lo encontraremos de un modo claro también al estudiar el

MODO DE COMPORTARSE EL SISTEMA NERVIOSO EN LAS ENFERMEDADES  
DEL APARATO RESPIRATORIO

La mecánica respiratoria está dirigida y gobernada por un complejo mecanismo nervioso, cuyo centro, actuando de receptor para los estímulos que llegan por sus aparatos periféricos, son devueltos de un modo regular y periódico, formando el concierto armónico que caracteriza el ritmo regular de la respiración animal. Por la elevada función biológica de este acto mecánico, por la gran transcendencia que sobre los demás actos posee, la función respiratoria encierra en su patologismo un gran número de accidentes nerviosos cuya causa hemos de buscar siempre, y de hecho lo encontraremos á veces, en alteraciones primitivas de los distintos órganos que integran este gran aparato.

La repercusión patológica que muchas enfermedades nerviosas poseen sobre el aparato respiratorio, dando lugar á los síntomas difusos ó lejanos de las mismas, los vemos representados en las crisis laringeas y respiratorias de la tabes dorsal; en la apnea de la apoplejía y de los tumores cerebrales; en el ritmo Scheyne Stokes de la intoxicación nerviosa de origen urémico, en las arritmias respiratorias de la histero epilepsia y en otras formas que reconociendo por causa un estímulo lejano, repercute sobre el centro respiratorio.

Las vías respiratorias en todo su trayecto ofrecen un contingente causal de síntomas neurósicos, al que con mucha frecuencia hemos de hacer responsable desde la vaga idiosincrasia por la que se manifiesta el persistente estornudo calificado de neurósico en los braditróficos y que depende con gran frecuencia de estados fluxionarios, responsables de la irritación transitoria ó permanente de la mucosa nasal; los trastornos circulatorios de la nasofaringe (éxtasis venosa por compresión, cardiopatía, etc.), sosten de la aptitud patológica de la mucosa y que origina esas cefaleas tantas veces calificadas y tratadas como neurósicas, ese asma tan discutido como esencial, cuyo origen en síntesis no es otro que un reflejo con sensaciones angustiosas, susceptible á veces de producir un desequilibrio funcional del sistema nervioso que acarrea desde la enuresis nocturna con síntomas histéricos y neurasténicos, hasta los más complejos síntomas psíquicos que, como la amnesia, incapacidad intelectual y cierto grado de confusión mental, forman el conjunto sintomático de los frecuentes casos de idiotismo que sufren los sujetos afectados de vegetaciones adenoideas en el comienzo de estas vías.

Es condición inherente á estas neurosis cierta predisposición del sistema nervioso capaz de sostenerlas, por cuya causa se complica un diagnóstico que sólo el tratamiento es capaz de dilucidar en parte, aunque con frecuencia permanezca dudoso el pronóstico de la forma que observemos.

Estas y otras lesiones de larga enumeración son capaces de sostener y originar los diferentes síntomas olfatorios, tales como la *anosmia*, de ordinario dependiente de una neuritis propagada de la mucosa enferma, de la destrucción de las células olfatorias por procesos celulares patológicos, de la dificultad de la ventilación nasal por parálisis del ala de la nariz, que ya origina la forma unilateral, bilateral, intermitente ó continua, recordarán el origen histérico del síntoma, pero no olvidaremos su causa nasal probable, aun cuando para admitirla, como sucede á la *hiperosmia*, tengamos necesidad de pensar en un fondo neurósico necesario. Tanto hemos de decir de los procesos funcionales del *trigémino* que ya sean de causa central ó periférica pueden manifestarse por fenómenos de exaltación ó déficit funcional, y que, en todo caso, hay que hacer una detenida exploración de las fosas nasales y faringe cuando por los estados de irritación del mismo, del glossofaríngeo ó del espinal, se presenta un espasmo faríngeo tónico ó clónico en el acto de la deglución, que acompañado de sensaciones dolorosas, revisten el tipo completo de neurosis sintomáticas del órgano, que á menudo se completan por signos de déficit funcionales, revelados por hiperestesias y hasta por completas anestias de la mucosa.

•••

Las neurosis laringeas de predominio motor ó sensitivo pueden presentarse independientes de toda lesión orgánica, siendo el histerismo típico el que mejor puede simular alteraciones anatómicas de este órgano; pero esta predisposición neurósica se sostiene latente en muchas ocasiones hasta tanto que una causa orgánica insignificante á veces, determina su aparición. En este sentido hemos de estar prevenidos ante la posibilidad de lesiones que en el sistema nervioso central sean las responsables de una anestesia por la destrucción de los núcleos del vago, de una causa tóxica susceptible de alterar la conductibilidad centripeta de sus fibras ó de una reliquia infecciosa, entre las que la diftérica ocupa preferente lugar. De igual modo la hiperestesia laringea, tan frecuente en la clínica, se halla ligada el mayor número de veces á estados catarrales rebel-

des que, sosteniendo una persistente irritabilidad del órgano, crean circunstancias favorables para la presentación de un buen número de neurosis reflejas denunciadas por la tos tan pertinaz, calificada de nerviosa, patrimonio de procesos orgánicos que, teniendo su asiento en vísceras próximas ó lejanas, se exteriorizan por su frecuente repercusión laríngea.

Esta forma de tos es á veces el primer síntoma de procesos gástricos clínicamente ocultos, de lesiones uterinas en evolución, de un estado catarral de la mucosa laríngea sintomático de una fimia incipiente del pulmón, que el análisis detenido ó la marcha durante el tiempo es la encargada de revelar. Tanto hemos de decir de esa afonía transitoria, tantas veces calificada de neurósica, en una joven anémica é irritable, y que en ocasiones tiene un gran valor como signo precoz de tuberculosis crónica del pulmón (Jacoud).

La crisis espasmódica de la laringe, el espasmo respiratorio de la glotis, calificado con frecuencia de neurosis primitiva de este conductor, es muchas veces sintomático de ciertas excrescencias de su mucosa, de pequeños pólipos del dominio del laringólogo, de estados catarrales tóxicos ó infecciosos que por sus agudizaciones dan síndromes de hiperkinesias laríngeas tan complejas como el ataque de laringitis estridulosa.

Las parálisis laríngeas reconocen por lo general una etiología más clara y un cuadro sintomático menos expuesto á confusiones, y sólo en el caso de ocurrir en una histérica confirmada sin lesión anatómica visible aunque investigada cuidadosamente y acompañada de la acción paradójica de las cuerdas bucales (aproximación de las mismas durante la inspiración y separación en el tiempo opuesto), estaremos autorizados para calificar de funcional una parálisis laríngea.

En la patología general de los procesos bronquiales, aparte de la tos, síntoma reflejo y de defensa cuando es útil, el dolor, sordo y secundario como accidente sintomático, y la disnea en sus diferentes formas, que al exagerarse dominando el cuadro morboso puede hacer suponer lesiones más extensas que las reales, nada hay que á título de neurosis sintomáticos venga á enmascarar el cuadro, aunque por la exageración de cualquiera de los síntomas antes descritos, tengamos justos motivos para fijar su carácter y causa dentro del caso patológico que observamos; así, por ejemplo, la tos, por su repetición enérgica en los predispuestos, puede exagerar la cefalea hasta hacerla intolerable, despertar fenómenos gástricos que

se traducen en náuseas y vómitos, y hasta dar lugar á fenómenos convulsivos y á hipertermias, como ocurría en un enfermo de mi visita en quien remitía la elevación de temperatura al cesar una crisis de tos convulsiva.

Incluida la tos ferina entre los procesos infecciosos, sus síntomas no se manifiestan de otro modo que por accidentes neurósicos, entre los que la tos, vómitos, disnea, ocupan un lugar preferente. Su patogenia, aunque oscura, es sólo explicable teniendo en cuenta que la especificidad de su infección posee una acción electiva sobre el sistema nervioso que da lugar á ese exagerado reflejismo por el que se denuncian la mayor parte de sus síntomas; de tal manera dominan el cuadro estos fenómenos, que entre los factores sintomáticos que integran el conjunto clínico de la tos ferina, los del sistema nervioso, ya procedan de alteraciones vasculares, cual sucede á las complicaciones del mal, ya tengan su origen en los infartos casi constantes del mediastino, ya provengan de oscuras alteraciones del centro del vago, es lo cierto que en un fondo catarral agudo de carácter infeccioso descansa una sintomatología de neurosis secundaria de carácter reflejo, exteriorizada por peculiares paroxismos, de una tos particular y específica.

De las neurosis bronquiales, ninguna más compleja de patogenia tan oscura y en más ocasiones relacionada con lesiones orgánicas visibles ú ocultas, que el *asma bronquial*.

Supuesta una predisposición neurósica, transmitida por herencia ó adquirida por un desequilibrio accidental ó permanente del aparato respiratorio, suficiente y necesario para alterar el funcionamiento normal del pneumogástrico, punto capital de la patogenia de esta neurosis, las circunstancias cercanas á la presentación del ataque, hay que buscarlas siempre en un hecho patológico que dentro ó fuera del aparato respiratorio sean los responsables de la presentación de la disnea. Todos conocemos las frecuentes observaciones de enfermos que el cambio de localidad hace desaparecer sus accesos; de sujetos que en otras ocasiones se vieron libres de ellos al separarse de la acción nociva de ciertos agentes químicos (Trousseau), y no escasean tampoco casos en los que el olor de ciertas plantas fué lo suficiente para dar margen á la presentación de los síntomas; pero todas estas causas, triviales al parecer, obran sin duda despertando una latencia neurósica en que se apoya un accidente disnéico, que en ciertos sujetos guarda una relación alternativa con otras neurosis.

A la vista de un asmático y supuesta siempre la existencia de esta desconocida aberración funcional de los vagos, debemos preguntarnos por los motivos más inmediatos que en todo caso nos demuestren una relación causal necesaria siempre, y demostrable en muchas ocasiones. Desde este punto de mira hemos de investigar cuidadosamente las fosas nasales en busca de producciones responsables del espasmo bronquial, del enfisema parcial ó generalizado que en determinadas circunstancias dé lugar á la contracción tetánica del diafragma ó de la bronquitis crónica, que con sus agudizaciones sea la responsable de la insuficiencia creciente de los alvéolos pulmonares, ó bien encontrar los factores nerviosos que, según Weber, son los originarios de la turgencia aguda de la mucosa bronquial, por un trastorno circulatorio de hiperemia accidental, que en sentir de la mayoría de los clínicos, encierra la patogenia del asma bronquial verdadero, aunque de un modo secundario intervengan la mayoría de los factores expuestos, que en todo caso necesitamos investigar para sentar las bases de una terapéutica racional siempre y muchas veces certera.

\* \* \*

En la mayoría de los procesos agudos y crónicos del pulmón, los síntomas neuróticos descubren por sí solos la causa orgánica que los sostiene, y sólo en el caso de una evolución lenta, de una cronicidad tenaz, cual ocurre en la tuberculosis ulcerosa, es cuando tienen importancia grande estos neurosismos, que son á veces los primeros gritos por los que se denuncian lesiones ocultas por la torpidez de su desarrollo y desenvolvimiento de sus signos físicos.

La herencia que predispone á la tuberculosis crea circunstancias abonadas para que el sistema nervioso muestre esa debilidad irritable del neurasténico y ese desequilibrio funcional con que responden los fenómenos de histerismo tan frecuentes en casos, que sin grandes síntomas de lesión pulmonar, el cuadro de sus molestias se refiere más á esos neurosismos por los que juzgamos falsamente á estos enfermos. Todos recordamos en nuestra práctica de pacientes y hasta familias enteras en quienes se ven alternar los clásicos histerismos, las neurosis coréicas, que les dan un sello familiar típico, y el tiempo descubre, por la fatal evolución de estos procesos, la naturaleza física de una tos nerviosa, el grito prodrómico de una afonía intermitente ó la base causal de un ataque nervioso recidivante.

Descartada la localización física de los centros nerviosos, las manifestaciones con que contribuye este gran aparato al conjunto sintomático de la tuberculosis crónica del pulmón, se refieren á trastornos sensitivomotores de origen tóxico que, manifestándose por síntomas de hiperestesia ó déficit funcionales, reproducen las formas de neuralgias rebeldes, ya intercostales ó ciáticas, que recuerdan el tipo funcional de estos síntomas, ya en forma de accidentes parestésicos, que por su distribución irregular y caprichosa traen la idea de los diferentes estigmas sensibles de las más frecuentes neurosis.

De predominio puramente *psíquico* son los trastornos del principio de la tuberculosis que, en forma de hiperexcitabilidad cerebral, hacen reaparecer un histerismo curado ya, accidentes de depresión mental que conducen á formas larvadas de hipocondría y melancolía (Marcé) á los que Daremberg concedía una importancia primordial desde el punto de vista de signos avanzados en individuos predispuestos por la herencia; síntomas son éstos que aun considerados de diverso modo, deben ponernos siempre en guardia si faltan las causas morales que justifiquen su aparición y persistencia.

De origen tóxico, aunque de predominio y manifestación psíquica, es la *euforia* que con tanta frecuencia alivia subjetivamente los últimos días del *tísico consumido*. Neurosismo es éste tan observado y de explicación tan dudosa, que Peter quiere ver en él un vicio redhibitorio de la inteligencia; otros quieren asemejarlo á la manía terminal, y hay hasta quien lo estima como un delirio de intoxicación carbónica. Nada más curioso y triste que los ilusorios proyectos de viajes, diversiones, dichas y placeres de un tísico con fiebre éctica, consumido por la diarrea, por la inagotable expectoración y por la reducción de su campo respiratorio: el vicio redhibitorio se explicaría si el síntoma lo presentaran sólo los afortunados que en anteriores tiempos gozaron de estos proyectos imaginarios; pero de igual modo lo vemos presentarse en el obrero de la sala de hospital, que en el opulento banquero; no cabe, por tanto, pensar que el recuerdo del pasado despierte la ilusoria imagen del porvenir. La manía terminal indicando un fin próximo reviste tales caracteres de exaltación, que reproduce á veces la enajenación mental verdadera: la intoxicación carbónica da lugar á una forma de delirio versátil, incoherente, con somnolencia y estupor, que recuerda el fin del cardíaco hiposistólico; no queda, por lo tanto, otro camino para explicar los torpes proyectos de la *euforia* sino admitir un

fondo puramente moral, quizás lo único respetado en la complejidad patológica del tísico. Este enfermo se siente morir, la realidad de la vida escapa á sus ojos, su edificio orgánico se derrumba poco á poco, hay en él un predominio de la ilusión, es el desheredado que sueña con la fortuna, es el sediento que siente á su fatigoso paso el correr de la fuente, es el agónico que en su último esfuerzo piensa en las alegrías de una vida fantástica.

Las enfermedades de la pleura y mediastino pueden en ocasiones pasar confundidas como vagos neurosisismos si su carácter frustrado hace variar lo patognomónico de sus síntomas. Un dolor torácico con disnea concomitante, una frecuencia de pulso que en ocasiones se haga intermitente y paradógico, poco dicen acerca de una pleuritis si la observación termométrica y una detenida exploración no descubren síntomas más claros; en este sentido, y aun teniendo presente el valor indiscutible de estos síntomas subjetivos, jamás debemos confiar demasiado en ellos para un diagnóstico si no empleamos los medios de investigación que en buena clínica nos conduzcan á una firme investigación diagnóstica.

En los procesos mediastinos puede asaltarnos la duda desde la enfermedad de Hodgkin hasta los más grandes tumores, si como ocurre con frecuencia, no se presentan reunidos un buen número de síntomas de probabilidad para que adquieran el carácter de certeza; un dolor retro-esternal intermitente ó continuo, una afonía del mismo carácter, una disnea sin substratum anatómico conocido, la neuralgia intercostal aislada, la frecuencia ó retardo del pulso, nada dicen si se presentan relativamente aislados, y sólo en los casos en que todos estos síntomas se reunan y completen con algunos trastornos circulatorios, perderán su carácter funcional para inducir á la busca de una lesión mediastínica juzgada como neurósica hasta entonces.

#### MODO DE COMPORTARSE EL SISTEMA NERVIOSO EN LAS ENFERMEDADES DEL APARATO UROGENITAL

La doble misión fisiológica del aparato renal actuando de una parte como órgano filtrante en virtud del papel especial de las membranas vivas capilar y endotélica envolvente del glomérulo, y el mecanismo de secreción encomendado á los tubulis, garantizan por una parte la estabilidad de la tensión sanguínea, que como válvula de seguridad deja pasar el exceso de agua de la sangre en los

conflictos de presión aumentada, y dando salida al mismo tiempo á ciertos productos solubles y difusibles que normal ó accidentalmente se encuentran en la sangre, completándose este fisiologismo por el papel vicariante y metabólico que poseen los epitelios de los tubulis.

Las influencias nerviosas que intervienen en esta secreción están demostradas en lo que se refiere á las alternativas de presión hemática, que ya por un mecanismo psíquico ó reflejo, produzcan un crecimiento ó descenso de esta presión media, que dependiendo de influencias puramente vasculares están, según toda probabilidad, gobernadas armónicamente por el centro del cuarto ventrículo demostrado por C. Bernard.

En el mecanismo de la excreción de la orina no interviene otra influencia que el *vis à tergo* y la contracción rítmica y peristáltica que hace descender el líquido á través de los uréteres al reservorio vesical. La expulsión de la orina acumulada en la vejiga es un acto voluntario reflejo que tiene por misión darle salida á través del conducto uretral; si dentro de ciertos límites somos dueños de orinar ó no, ponemos á contribución el acto voluntario; si esta micción se cumple, á pesar de nuestro deseo, resulta un acto reflejo.

La vejiga recibe su inervación de los últimos pares sacros procedentes del simpático y médula, sin que hasta ahora esté demostrada la diferenciación en su reparto entre el cuerpo y cuello del órgano: el centro reflejo de la micción se encuentra en la médula lumbar, y las fibras centripetas y de respuesta siguen el trayecto del pié del pedúnculo cerebral, continuándose por los cordones posteriores y parte posterior de los laterales hasta el centro reflejo de la micción. El recuerdo de este mecanismo funcional es de grandísima importancia para explicar hechos patológicos, que si en muchas circunstancias obedecen y dependen de lesiones conocidas, en otros casos son producto de una neurosis más ó menos compleja, cual ocurre con frecuencia á la enuresis nocturna que con tanta persistencia observamos en clínica.

\*\*\*

Las alteraciones que en el aparato urinario se nos presentan al principio de su evolución como vagos neurosisismos de dudosa interpretación, se ofrecen en las lesiones renales incipientes en forma de criestesia, calambres y dedo muerto, que han de presentarse acompañados de otros síntomas más claros para fijar la causa renal pro-

bable; ó bien, cuando ignorados estos pequeños accidentes, la presentación brusca é inesperada de otros síntomas nerviosos traen consigo el alarmante cuadro de la *uremia*, que á veces parece sorprende en la más completa salud.

Un dolor violento en la región renal que se presente en forma de accesos en un enfermo con estigmas neurósicos é insuficientemente explorado, puede despertar la idea de una *neuralgia renal* sin lesión anatómica; pero un detenido reconocimiento nos pone de manifiesto á veces la detención de un pequeño cálculo en el ureter, una hidronefrosis aguda como causa del dolor, que cede al restablecerse el curso de la orina, ó una crisis nefrítica premonitoria que, como síntoma avanzado, anuncia una tabes incipiente. Otro tanto hemos de decir de esa *hematuria* tantas veces calificada ligeramente de *angioneurósica* que se encuentra en muchas ocasiones ligada á trastornos vasomotores que, si bien desconocidos en su íntima esencia, no ha de tardar el día en que análisis más completos de la orina ó investigaciones más minuciosas de la glándula nos pongan en camino de averiguar las pequeñas lesiones responsables.

Si al lado de las *manifestaciones nerviosas de la uremia* en evolución ó confirmada se presentara siempre el resultado positivo del análisis urológico (existencia de albúmina, disminución del coeficiente urotóxico), los síntomas parestésicos del principio, los fenómenos de excitación ó de parálisis, las alteraciones sensoriales y las pérdidas de conocimiento durante el ataque aislado y corto, serían siempre explicables en cuanto á la relación patogénica que se trata de buscar. Pero no ocurriendo así, la mayoría de las veces nos vemos expuestos á bastardear nuestro juicio al interpretar una cefalea como fenómeno de simple artritismo, las parestesias y trastornos motores como neurósicos y la pérdida de conocimiento como vértigos gástricos ó ataques epilépticos, si como con frecuencia ocurre se añade á su presencia la espuma sanguinolenta por la boca, la alteración del ritmo respiratorio y la amplitud variable de las pupilas. Ya que el análisis urológico no resuelve la cuestión en todos los casos, debemos huir del error dando el valor fundamental que tiene el carácter de la cefalea (parcial ó general, pero violenta é insoportable) á la apatía que domina las funciones psíquicas, que á veces toman el aspecto de estados angustiosos y de demencia alucinatória que pueden tomar el curso sintomático de parálisis progresiva urémica (Bruns), á los trastornos gastro-intestinales tan frecuentes en el cuadro que describimos, y á los accidentes disnéicos

que en ocasiones completan el cuadro frustrado del asma de origen renal. Sólo de este modo y ayudados buenamente por los datos del análisis úrico, estamos libres de caer en lamentables equivocaciones al tener presentes las causas de posible confusión.

Los demás procesos que teniendo por base patológica el aparato renal posean una sintomatología neurósica, se acompañan de otros signos, por lo general neoplásicos ó inflamatorios, que excluyen por sí solos todo error al denunciar fácilmente la lesión anatómica que los sostiene y produce.

..

En la patología vesical dominan un conjunto de síndromes, que á veces son los únicos por los que se denuncian lesiones que desde el sistema nervioso repercuten sobre el reservorio urinario y que tanta influencia sobre él tienen, desde el accidente cerebral circulatorio de carácter apoplético, que produce como síntoma pasajero la expulsión involuntaria de la orina por perderse las sensaciones, ó por afectarse en los procesos medulares las vías largas que, uniendo los centros de este reservorio al cerebro, se pierde en el individuo la noción de esta necesidad, originándose por esta circunstancia una retención que más tarde termina por incontinencia (incontinencia paradógica); síntoma parecido se presenta cuando al estar destruido el centro medular ó sus fibras inferiores, se convierte la vejiga en un saco inerte, dejando escapar la orina cuando se haya sometido á cierta presión en su reservorio.

Al lado de estos accidentes debidos á una lesión del sistema nervioso, se presentan con igual ó parecidos aspectos un conjunto de estados funcionales que, por no ser de momento conocidas sus causas, calificamos cómodamente de *neurosis vesicales*. Desde el punto de vista causal, hemos de estar prevenidos ante la frecuencia con que se diagnostica un *cisto-espasmo* neurósico en individuos que más tarde presentan el conjunto sintomático de un proceso epitelial ó de una cistitis tuberculosa. En los niños y mujeres, donde con frecuencia observamos la hiperestesia, la irritación vesical y la contracción angustiosa que caracteriza el espasmo, hemos de buscar cuidadosamente lesiones de la vejiga, recto y útero, que no por ser pequeñas, son acreedoras de concedérsele menos valor que á todos los estigmas de neurosis.

En las *parálisis vesicales* hemos de dirigir nuestra atención sobre la inervación estudiada y las alteraciones musculares que puedan

provocarlas, y sólo en el caso de poseer un carácter transitorio y fugaz sin lesión anatómica demostrada, sostendremos nuestra terapéutica en un diagnóstico de alteración funcional hasta tanto que nuevos hechos nos pongan á la vista lesiones al principio ocultas.

La *enuresis* nocturna, cuando se presenta en niños irritables con estigmas histéricos, puede pensarse en la neurosis primitiva de la vejiga, pero es muy frecuente que alteraciones químicas de la orina y ciertas deformidades del pene y la uretra sean causa de una *enuresis* curable por una acertada intervención quirúrgica.

\* \* \*

Las lesiones que con más frecuencia acarrear neurosis de sintomatología local y que otras veces originan una repercusión sobre la totalidad del sistema nervioso, dando lugar á una típica *neurastenia* en los individuos predispuestos, son las que radican en los *órganos genitales*. Con gran frecuencia somos consultados por individuos en los que, insignificantes lesiones visibles ó alteraciones funcionales pequeñas de sus órganos generadores, fueron suficientes á producir estados de perturbación nerviosa (1) que imposibilitándoles de toda operación mental, les deja relegados á la mayor impotencia cerebral, acompañada de un conjunto de desórdenes que caracterizan las molestas alteraciones de la *neurastenia sexual*.

El recuerdo del instinto sexual satisfecho por un onanismo perjudicial, relacionado con el miedo que produce una polución repetidamente acompañada de una impotencia transitoria, son suficientes motivos para producir un desequilibrio en individuos predispuestos que de un modo tristemente subjetivo, ven un negro porvenir al que tanto se ligan influencias de amor propio sexual.

De dos maneras pueden presentarse á nuestro estudio estas alteraciones, bien sea porque una educación deficiente haga brotar una predisposición al vicio solitario, realizándose la libidine sexual en forma de onanismo hasta el punto de producir con frecuencia el orgasmo venéreo, dando margen á una aberración sexual, que si bien hay que buscarla y combatirla siempre en una educación deficiente y perjudicial, en algunas circunstancias ciertas alteraciones del aparato urogenital, como el fimosis, la presencia de cálculos vesicales y algunas uretritis, son los directos responsables del vicio que tra-

(1) Tal sucede con la sifilidrofobia, que consiste en el estado mental que se produce en ciertos individuos por insignificantes lesiones locales del *pene*, de carácter específico.

tamos de combatir. La segunda forma con que estos accidentes pueden presentarse, representa en la *neurastenia sexual* los síntomas de *impotencia* y *pérdidas seminales morbosas*, que encierran, según Freud, los factores más importantes que, como representación causal más inmediata, intervienen en toda afección neurótica.

Al hablar de la *impotencia* estudiando sus causas orgánicas, hemos de referirnos á la imposibilidad ó dificultad para el coito relacionadas con las alteraciones en la erección del pene, pues la impotencia generandi, ligada á la esterilidad, poco influye en la determinación de los síntomas neuróticos, y con menos frecuencia se mezcla á sus manifestaciones.

Muy prematuro sería abandonar la clásica división de la impotencia en *orgánicas*, *nerviosas*, *paralíticas* y *psíquicas*, aunque ciertamente no se nos ofrezcan en la clínica ni totalmente separadas entre sí, ni libres de relacionarse con trastornos puramente funcionales.

Las anomalías defectuosas de los órganos genitales, tumores, hipospadias, hidroceles, elefantiasis del escroto, las desviaciones durante la erección por la obliteración de un cuerpo cavernoso, las blenorragias rebeldes, etc., son causas suficientes para que en muchos casos queden explicadas impotencias que fueron juzgadas como neuróticas al no presentarse muy á nuestra vista las alteraciones orgánicas que las sostienen; á éstas hay que cargar en cuenta las que á título de sintomáticas presentan los brighticos y los intoxicados por alcohol, morfina y diversos medicamentos anaestésicos.

La impotencia *nerviosa* toma también el carácter orgánico cuando una lesión encefálica, reblandecimiento, tumores, meningitis ó alteraciones medulares en foco con destrucción de las vías ó centros genitales, den como obligado síntoma las alteraciones patológicas en la erección. Las lesiones de orden neurítico pueden dar como síntoma primitivo y obligado la impotencia, que en circunstancias especiales adquiere la *forma paralítica* relacionada con cuantas alteraciones conducen á la abolición de toda excitabilidad sexual por un onanismo y libertinaje exagerado, que van menguando en los individuos predispuestos los factores de la potencia genésica hasta el punto de terminar por una flacidez absoluta con anestesia genital, que conducen á una forma de impotencia que envuelve el síndrome final de cuantos llevamos estudiados.

Las formas de impotencia descartadas de toda lesión orgánica y

que sólo se manifiestan por alteraciones funcionales que dominan el cuadro de la neurastenia sexual en forma de *psiconeurosis*, son las únicas que deben calificarse de formas *psíquicas de la impotencia*, tan frecuentes en los jóvenes recién casados, que sin causas debilitantes ni etiología que lo explique, no pueden realizar el primer contacto sexual porque su erección es insuficiente ó nula. Quizá, repetimos, sea la única forma en que falte el carácter orgánico con que venimos estudiando estos síntomas, y por este hecho sólo tenemos á nuestra vista, y á él debemos recurrir para explicar la impotencia psíquica, al influjo perjudicial que un miedo accidental ó una preocupación en el momento del coito pueden tener como factor perjudicial del concierto funcional necesario para el acto sexual.

Sólo teniendo en cuenta los estigmas de herencia, la debilidad orgánica de los individuos que la sufren, la intoxicación que predispone á esta forma de neurosis ó el traumatismo psíquico que hace aparecer los síntomas, saldremos del conflicto para explicar un síndrome que, mezclándose con gran tenacidad á una neurosis ligera al principio, puede hacerle tomar el incremento de una *psicosis sexual rebelde*.

Las *pérdidas seminales* adquieren el carácter patológico cuando, siendo involuntarias, se repiten con tal frecuencia, que originen síntomas de depresión orgánica manifiesta; no siendo objeto de mención morbosa las poluciones que de tarde en tarde se producen durante el sueño, que pueden considerarse como fisiológicas. Las causas que influyen sobre los primeros, y que hemos de investigar con cuidado, son, por una parte, la exagerada abstinencia en individuos nerviosos y excitables, y por otra, el estímulo sensorial que el referido onanismo produce, siquiera en algunas circunstancias sean aquéllos de orden psíquico en forma de ideas libidinosas.

Las pérdidas seminales permanentes en forma de *espermatorrea* tienen como causa lesiones anatómicas más estudiadas, con frecuencia localizadas en el tramo inferior del aparato urogenital, como ocurre con la uretritis gonorréica posterior crónica, que por su propagación al conducto eyaculador origina el ensanchamiento y relajación del mismo, y de ahí la aparición del flujo en los momentos del esfuerzo de micción ó defecación que la presencia de tumores y otras afecciones pueden producirla, como también las espermatorreas que á título de sintomáticas presentan los diabéticos, tuberculosos, epilépticos y mielíticos.

Los procesos uterinos formaban, según los antiguos médicos, el conjunto de causas de las que hacían depender las múltiples manifestaciones del histerismo, atribuyendo una importancia primordial á las supuestas dislocaciones del órgano hacia las diferentes partes del cuerpo: concepto es éste que, abandonado casi en absoluto, sirvió no hace mucho á Romberg para considerar á la histeria como una neurosis refleja cuyo punto de partida es el aparato genital enfermo.

Los frecuentes casos en los cuales el trastorno funcional no guarda relación precisa con las enfermedades uterinas y la característica de los estados histéricos, más bien constituidos por ciertas particularidades psíquicas, hace que se tenga hoy por esencia de la enfermedad la excitabilidad de la sensibilidad afectiva y la elevada sugestibilidad nerviosa que, dominando la alteración psíquica de las histéricas, hacen intervenir de un modo perjudicial en el síndrome, tanto como las lesiones orgánicas, las ideas fijas.

No obstante este predominio de causas puramente psíquicas, transmitidas unas por la herencia y agravadas otras por una educación mal dirigida, en muchas circunstancias vemos despertarse los fenómenos histéricos en enfermas del aparato genital, y en muchas ocasiones adquieren mayor predominio los síntomas en la edad de la pubertad, hasta despertarse un histerismo latente cuando se completa la actividad de las funciones generadoras previa la influencia que los procesos sexuales prestan á la patogenia del histerismo, creándose una indiscutible relación entre esta neurosis y la sexualidad.

La edad de la pubertad con su característica de actividad genésica, los procesos localizados en el aparato generador de la mujer, y la retrogradación de estas funciones en la menopausia, son las circunstancias que más contribuyen y sobre las que descansan las alteraciones neurósicas que la mujer sufre, cuando con las enfermedades genitales se relacionan.

Los cambios orgánicos que se determinan en la edad de la pubertad dan lugar á ciertos fenómenos que el completo desenvolvimiento genital produce al aparecer la función menstrual, al completarse el desarrollo de las mamas y formas esbeltas de la mujer, y apareciendo esa actividad sexual que de igual manera que en los caracteres anatómicos se originan marcados cambios, en los psicológicos se presentan los característicos de la *nubilidad*, exteriorizados por cambios de carácter, animación de la fisonomía y aparición de

un sentimiento de pudor nacido de la necesidad de guardar lo que no debe perderse.

Al lado de estas alteraciones tan explicables como manifiestas se producen otras relacionadas con esta época crítica de la mujer, más crítica quizás que la misma menopausia y que se relaciona con las mutaciones nutritivas, reveladas por el aumento en los cambios respiratorios con disminución en el consumo de albúmina y aumento en las oxidaciones azoadas, que demuestran un acrecentamiento de las funciones vitales, principalmente de la función oxidante.

Rara vez la aparición de las primeras reglas se presenta de un modo inadvertido en la mujer, siendo lo más frecuente que al lado de una leucorrea prodrómica aparezcan ciertos neurosisismos caracterizados por ráfagas de calor al rostro, laxitud general, vértigos, palpitations, opresión respiratoria, pulso fuerte y rápido, acompañado de *jaquecas uterinas* (Labadie Lagrave). Las tendencias irascibles en mujeres caprichosas se acrecientan en esta época, dando lugar á ciertos accesos de neurastenia é histerismo puramente sintomáticos; en otras vemos aparecer los primeros ataques epilépticos y manifestaciones coréicas, y en algunos casos, por producirse una detención en el desarrollo intelectual, aparece una manía delirante ó un estupor melancólico que, favorecida por la herencia ó la fatiga cerebral, da lugar á un síndrome de locura puerperal, descrita por Delasiauve y Ball, que Rullier y Virey contaban entre los frecuentes accidentes de la pubertad; síntomas son éstos que por desaparecer ó modificarse al restablecerse normalmente la función genital de la mujer, demuestran su relación causal de dependencia y origen.

\* \*

De igual manera que las afecciones primitivas del sistema nervioso, cardiovascular, digestivo y hematopoyético repercuten sobre la integridad genital dando los síntomas que en este aparato caracterizan las *falsas uterinas*, del mismo modo, efecto de las intrincadas anastomosis de los plexos nerviosos ováricos con el solar, se producen una multitud de reflejos que en unas circunstancias dan lugar á actos puramente fisiológicos, como el flujo menstrual subordinado á la distensión del folículo de Græfe (Lancereaux) y en otras son causas de síntomas neurósicos relacionados con las enfermedades del aparato generador.

Entre los accidentes funcionales uterinos, la *amenorrea* relacio-

nada con alteraciones de desarrollo del útero cuando son congénitas, y subordinadas á la sobreinvolución, atrofia, tumores é inflamaciones cuando adquiridas; la misma *menorragia* de origen diatéstico ó local con su consecuencia anémica, y hasta la *dismenorrea* con sus dolorosos síntomas, son capaces de exagerar ó hacer aparecer un neurosismo rebelde en ocasiones si no conseguimos encontrar la relación patogénica que lo sostiene para imponer un severo tratamiento causal.

Las desviaciones patológicas del útero, congénitas con un desarrollo imperfecto, como sucede á la anteflexión, adquiridas por una patología inflamatoria que domina toda la patogenia de la mayor parte de las dislocaciones uterinas, producen al lado de los síntomas menstruales dolorosos, un conjunto de accidentes nerviosos en los que se incluyen la *dispareunia* (dolor al contacto sexual), la dispepsia refleja, cefalea, la debilidad y cansancio de las extremidades, producida más por este mecanismo que por un estiramiento de los nervios pélvicos, dado que faltan las razones anatómicas que autorizan esta idea; y hasta las mismas crisis nerviosas, cuyas relaciones con la hipertrofia y movilidad uterina lo demuestra el hecho del alivio que se opera en estas enfermas con la aplicación de un pe-sario.

Los prolapsos uterinos, ya sean completos ó parciales, determinados por una fijación insuficiente de los ligamentos del órgano, unidos á enérgicas presiones intra-abdominales, se prestan al conjunto de neurosisismos que acompañan á todos los desplazamientos viscerales, y que en la clínica ginecológica tienen su expresión más clara en la neuralgia lumbo-abdominal rebelde, en la fatiga de las extremidades inferiores y en los obligados reflejos gástricos y respiratorios, que ceden al modificar favorablemente el desplazamiento uterino.

Los procesos inflamatorios endo-uterinos reservan las mayores sorpresas en cuanto á los síntomas neurósicos, por los que con tanta frecuencia se revelan. Un dolor en la región renal que se agrava con la marcha y ejercicio activos, debe despertar la idea de una afección de la mucosa del órgano, aunque el síntoma dolor se acompañe de otros estigmas sensoriales y de ataques histéricos que en todo caso serían coetáneos y originados por la misma causa. El cansancio, tan frecuente en estas enfermas; la tos refleja, que adquiere el sobrenombre de uterina; los trastornos gástricos, á los que se atribuye falsamente la cefalea; el abatimiento de ánimo, que con-

duce á la melancolía, son muchas veces signos precursores de una metritis que hemos de buscar con cuidado por ser el sostén de esta sintomatología neurósica de orden reflejo. Tanto hemos de cargar en cuenta á la hipertrofia del cuello uterino, que como síndrome terminal de estos procesos sostiene y agrava los mencionados síntomas.

En la patología *ovárica* hemos de caminar con gran cuidado para no tomar por causa de un histerismo confirmado la hiperestesia ovárica, tan frecuente en estas enfermas; pero la mayor parte de las ovaritis, tumores, periovaritis y hernias del órgano, dan un cortejo sintomático de dolores con las más complejas irradiaciones, que se aumentan con la defecación y el coito, y que se siguen de grandes fenómenos reflejos con irritabilidad general manifiesta. La estrechez, oclusión é inflamaciones de las trompas dan signos parecidos á los anteriores, que pueden pasar como primitivos y esenciales si no investigamos cuidadosamente su dependencia de origen orgánico.

Entre los tumores uterinos, los fibromiomas, ya sean superficiales, submucosos ó intersticiales, se acompañan casi constantemente de estas alteraciones nerviosas relacionadas con su localización y volumen. En el carcinoma del útero la intervención del sistema nervioso se hace sentir más que relacionada con los atributos físicos del tumor, por la repercusión tóxica que sobre los elementos nerviosos tienen los síntomas de caquexia cancerosa, y las destrucciones nerviosas que la propagación á los nervios origina los periodos dolorosos del mal.

Las estrecheces y obliteraciones del conducto cervical ofrecen una sintomatología tan compleja de neurosis funcional, que en no pocos casos una dilatación bien practicada fué suficiente para acabar con un histerismo rebelde tratado como funcional hasta entonces.

\* \* \*

La *menopausia*, edad crítica de la mujer que como complemento de su ciclo genital denota la regresión fisiológica de este aparato, sustituyéndose sus actividades funcionales por el reposo orgánico que origina la pérdida de esta energía, trae consigo una multitud de síntomas que, teniendo su cuna en desconocidas influencias de los órganos generadores; se exteriorizan por esa pléyade de molestias subjetivas, de tan dudosa interpretación á veces, y que por hacer su aparición en los más distantes órganos, hay que buscar su cuna en el lazo nervioso de complejas anastomosis que los une, y

donde radica el principal asiento de los fenómenos viscerales de la menopausia.

La investigación experimental induce á la idea de considerar al ovario como órgano de función compleja, estimándosele como glándula de doble misión y atribuyendo á su secreción interna un papel regulador y tónico del sistema nervioso, razón por la que al perderse este cometido fisiológico del órgano en la menopausia, se presente de una parte esa hipertrofia compensadora de glándulas como el tiroides, al lado de ese cúmulo de pesadillas, insomnios, lipotimias, alucinaciones, vértigos y palpitaciones cardíacas que recuerdan la complejidad sintomática de las neurosis post operatorias. El círculo de estos fenómenos se completa por la aparición de los deseos genésicos mitigados hace tiempo, y que atormentando en extremo á las mujeres serias y honradas, les producen una serie de confusiones acerca de las cuales jamás consultan por no confesarlas.

El sistema nervioso es el primero que se afecta por esta causa; el terreno neuropático es el que toma la parte más importante en los fenómenos, que en algunas circunstancias hacen reaparecer una neurastenia curada ya ó exagerar un histerismo latente y tolerable hasta entonces. En el primer caso, las palpitaciones, pulsaciones arteriales, hormigueos, fenómenos congestivos, que las mujeres califican de bochornos ó sofocos molestos por su persistencia, forman un conjunto de síntomas, por los que se diagnostica una neurastenia rebelde á todo tratamiento, si no esperamos el curso natural de la extinción de la causa que los sostiene. El histerismo menopáusicco se presenta sin estrépitos, desprovisto de ataques y caracterizado por una serie de rarezas y pretensiones extrañas, que hacen de la mujer una vieja insoportable y descompuesta, en la que el retorno de sus deseos genésicos puede llegar á determinar el engañoso cuadro de la preñez nerviosa.

Las molestias que origina la persistencia de estos accidentes, determina en ciertas mujeres la imposición de grandes esfuerzos voluntarios que, llevándolos á las exageradas prácticas religiosas, traspasan los prudentes límites para caer en la exaltación, en el delirio religioso ó en la locura mística, que á veces es sólo un puente de paso para caer en las más complejas psicosis hipocondríacas y melancólicas.

Los accidentes fluxionarios de orden reflejo que toman asiento en el sistema nervioso, se manifiestan en forma de fenómenos apopléticos, que de funcionales y pasajeros pueden llegar á la rotura vas-

cular; las paraplegias con su doloroso cortejo y las alteraciones sensoriales de ceguera funcional, sordera transitoria y vértigo laberíntico, muchas veces ligado á hemorragia de la caja del tímpano. Los que dan síntomas en otros órganos se revelan en el aparato respiratorio por fluxiones nasales, con sus vértigos, pesadillas y jaquecas; fenómenos de pseudo asma, que se caracterizan por anhelo constante que termina en una crisis disnéica; laringitis y bronquitis, donde no falta desde el estertor sibilante hasta el subcrepitante fino de congestión pneumónica.

Con sobrada frecuencia recurren las mujeres en esta época á los gastropatólogos en demanda de remedio para una dispepsia nueva ó agravada por esta relación patológica uterogástrica, y que, manifestándose por hiperclorhidria, insuficiencia gástrica ó anaclorhidria, no requieren otro tratamiento que el sintomático, hasta tanto terminen los fenómenos genitales. Con estas formas de gastricismos se enlazan las fluxiones hepáticas, constituyendo el *estado bilioso* de la menopausia, estudiado por Beunett y Aran.

Los síntomas cardiovasculares de la menopausia pueden, al presentarse de un modo primitivo, dar lugar á serias confusiones. Según Huchard, las mujeres en esta época pueden ofrecer desde la taquicardia funcional con palpitaciones y síncope debidos á la hipertensión, hasta las lesiones valvulares endocárdicas ó arteriales que, desarrolladas antes ó en esta época, sufren una agravación que conduce en ciertos casos á la insuficiencia crónica del miocardio; tanto más de temer si á todo esto se une la sobrecarga adiposa de la mujer en esta fase de su vida. La adulteración hemática de la menopausia explica, según Huchard, la alteración vascular necesaria á la producción de estos fenómenos, sin olvidar el importante papel del sistema nervioso como portador de un pernicioso reflejo de origen uterino. Las circunstancias de edad, vida genital de la mujer y la manera de agruparse estos síntomas en cada caso, buscando la relación con los fenómenos uterinos de que se acompañan, como leucorrea, menorragias, pseudometritis hemorrágica, neuralgias vaginales y prurito genital, darán la clave patogénica que nos conducirá seriamente á esperar con paciencia la terminación de la causa genital que los sostiene para no cansarnos y desesperar á las enfermas con la infructuosa esperanza de una ineficaz medicación.

\* \* \*

Queda con esto terminado el plan que nos propusimos al principio de este trabajo, con la indicación de los más frecuentes neurosisismos cuando, ocultando una lesión orgánica ó formando su conjunto sintomático, nos sorprenden en la clínica general con un cuadro morbozo de difícil interpretación. Cada especialista hallará seguramente un vacío en el aparato motivo de su estudio; sirva como descargo á esta deficiencia el que jamás tuvimos la pretensión de enumerar todos los casos posibles, tan raros y complejos como individualidades morbosas ofrece la clínica. Nuestra misión quedó terminada si, al hacer una enumeración enojosa y pesada, conseguimos corregir el frecuente vicio de señalar como *defecto de la medicina* lo que única y exclusivamente constituye á veces una deficiencia de práctica personal, que nosotros somos los primeros en declarar con la resignación honrada que debe presidir toda labor profesional.

---

## FÉ DE ERRATAS

---

En la página 46, línea primera de la nota, en vez de *sifilidrofobia*, léase *sifilofobia*.

---

## BIBLIOGRAFÍA

## NEUROLOGÍA

- Grasset*: Maladies du système nerveux. Montpellier, 1894.  
*P. Marie*: Leçons sur les maladies de la moëlle. Paris, 1892.  
*Oppenheim*: Berlin, 1902.  
*Raymond*: Clinique des maladies du système nerveux. Paris.  
*Strumpell*: Patologie and Therapie.  
*Gowers*: London, 1880. *Empereur*. La nutrition dans l'hysteric. Paris, 1876.  
*W. Erb*: Leipzig, 1878.  
*Debove y Achard*: Manuel de Medecine.  
*Charcot, Bouchard y Brissou*: Traité de Medecine. Paris, 1903.  
*Charcot*: Leçons sur les maladies nerveuses.  
 Además, la colaboración en la Enciclopedia de *W. Ebstein de Obersteiner, Eulemburg, Nicolaier, Kolliker y Mandel*.

## ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y GLÁNDULAS CERRADAS

- Bouillaud*: Traité clinique des maladies du cœur, 1841.  
*Duncan*: Patologie und Therapie der chlorose. Wien, 1867.  
*Eichhorst*: Anemia perniciosa, 1877.  
*Hayem*: Anatomía normal y patológica de la sangre, 1878.  
*Lavadie-Lagrave*: Traité des maladies du sang, 1893.  
*Pye-Smith*: Anemia perniciosa idiopática.  
*Ziemssen*: Enciclopedia de Medicina.  
*Bollinger*: De la plétora, 1886.  
*S. Laache*: Enfermedades de la sangre. Ebstein, Enciclopedia de Medicina.  
*Bourneville*: Mixoedema infantil. *Arch. de Neurologie*. Sep., 1886.  
*Brissaud*: Mixoedema. Leçon sur les maladies nerveux, 1895.  
*Gauthier*: Caquexia tiroidea. *Lyon med.*, 1888.  
*P. Marie*: Thèse de Paris, 1883.  
*Möbius*: Patología y Terapéutica Nothnagel's.  
*Gómez Ocaña*: Investigaciones tiroideas. Madrid.  
*Fernández Sanz*: Patogenia y tratamiento de la enfermedad de Basedow. Madrid, 1906.  
*A. Gilbert*: Colaboración en la Enciclopedia de Charcot.  
*G. Hayem*: Du sang et de ses alterations anatomiques. Paris, 1889.

- Ch. Bouchard*: Maladies par relentissement de la nutrition, 1885.  
*P. Le Gendre*: Colaboración en la Enciclopedia de Charcot.  
*Bouchard*: Clínica de la Caridad. Mayo 1873.  
*L. Bard*: Précis d'Anatomie pathologique. Trad. Olóriz. *Revista de Medicina y Cirugía prácticas*.  
 Art. *Obesidad*. Diccionario enciclopédico de Ciencias médicas.  
*Charcot*: Paraplegia diabética. *Arch. de Neurologie*. Mayo 1890.  
*Lépine*: Patogenia de la diabetes. *Revue scientifique*. Febrero 1891.  
*Letamendi*: Patología general.  
*W. Ebstein*: Enfermedades constitucionales. Enciclopedia de Medicina.

## GASTROPATOLOGÍA

- Andral*: Clinique medicale. Paris, 1834.  
*W. Brinton*: Lectures on the diseases of the stomach. Londres, 1864.  
*E. A. Ewald*: Neurasthenia dyspeptica. Congreso de Medicina, 1884.  
*Hayem*: L'ulcero cancer piloriquo. *La Presse Medicale*, 1901.  
*González Campo*: Nuevas ideas acerca de la hiperclorhidria. *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*. Junio 1901.  
*Dieulafoy*: Clin. med. del Hôtel-Dieu, 1897 á 98.  
*Boas*: Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del estómago. Traducción española. Madrid, 1902.  
*R. Jiménez*: Cáncer del estómago *Revista de Medicina y Cirugía prácticas*, 1902.  
*A. Robin*: Les malad. de l'estomac. Paris, 1900.  
*R. Abaytúa*: Tratamiento de la úlcera péptica en actividad. Madrid, 1898.  
*Ziemssen*: Enciclopedia de Medicina. Trad. de Vallina.  
*González Campo*: Tratamiento quirúrgico de las enfermedades del estómago. Madrid, 1906.  
*P. K. Pel*: Enfermedades del estómago. Colaboración en la Enciclopedia de Ebstein.  
*Bouchard*: Leçons sur les auto-intoxication dans les maladies. Paris, 1883.  
*Ramón L. Yagüe*: Dolores gástricos. Madrid, 1905.

## APARATO CIRCULATORIO Y RESPIRATORIO

- Adams*: *Dublin Hospital*, 1827.  
*Bamberger*: Physiologie and Pathologie des Herzens.  
*Hermann*: Patología médica.  
*E. Romberg*: Enfermedades del corazón. Colaboración de Ebstein.  
*Muñoz R. de Pasaús*: Enfermedades del corazón y aorta. Madrid, 1905.

- Andrés Petit* : Enfermedades del corazón. Colaboración en la Enciclopedia de Charcot.
- Duroziez* : Traité clinique des maladies du cœur. Paris, 1887.
- Brouardel* : Enciclopedia de Medicina.
- Peter* : Leçons de clinique médicale. Paris, 1883.
- Potain* : Leçons cliniques. Paris, 1893.
- Jaccoud* : Clínica Médica.
- G. Séé* : Traité des maladies du cœur.
- H. Huchard* : Enfermedades del corazón y vasos.
- A. Espina* : Medicación cardiotónica. Madrid.
- P. Strubing* : Enfermedades del primer tramo respiratorio. Enciclopedia de Ebstein.
- Flesch* : Spasmus glottidis, 1878.
- Gonguenheim* : Laringiti syphilitica. *Union Med.*, 1892.
- E. Kurs* : Lipottimia laryngea, 1883.
- Langrenier* : Laringo-estenosia sifilitica. *Archivos de Medicina*, 1881.
- Liebermeister* : Enfermedades de la tráquea, bronquios y pulmón. Enciclopedia de Ebstein.
- Dieulafoy* : Patología médica y Clínica del Hôtel-Dieu.
- R. Morton* : Phthiologie. London, 1897.
- Pentzoldt* : Enciclopedia de Terapéutica.
- E. Brissaud* : Del asma. Colaboración en la Enciclopedia de Charcot.
- Collet* : Patología médica, 1900.
- A. B. Marfan* : Enfermedades de los bronquios y pulmón. Charcot, Patología médica.
- Grancher* : Anatomía patológica de la tuberculosis.
- Netter* : Procesos pleurales, 1893.

#### APARATO UROGENITAL

- Bouchard* : Sur les Auto-intoxicaciones. Paris, 1881.
- Cornil y Brault* : Pathologie des reins. Paris, 1884.
- Florant* : Des manifestation delirantes de l'uremie. Paris, 1891.
- Dieulafoy* : Brightismo. Patología y Clínica médica.
- Codina y Castellvi* : De la uremia.
- Cardenal* : Estudio sobre la crioscopia. Madrid, 1906.
- Tissot* : Les troubles auditif dans les mal de Bright. Paris, 1878.
- Rosenstein* : Procesos renales. Enciclopedia de Ebstein.
- German Séé* : Urología clínica.
- Rayer* : Maladies des reins. Paris.
- Guyon* : Leçons cliniques sur le maladies des voies urinaires. Paris, 1894.
- Debove y Achard* : Semiología de la vejiga en las neuropatías.
- Jadassohn* : Enfermedades genitales del hombre. Enciclopedia de Ebstein.
- Fürbringer* : Trastornos funcionales del aparato sexual masculino. Enciclopedia de Ebstein.
- A. Eulenburg* : Neuropatías sexuales. Leipzig, 1895.

- Furnier* : De l'onanisme. Paris, 1885.
- Roubaud* : Traité de l'impuissance et de la sterilité. Paris, 1878.
- Glas* : *Med. Jour.* Neurosis uterinas, 1886 y 1887.
- Lancet* : Fiebre histérica. Neurastenia y apoplejía uterina, 1886.
- Olshausen y Veit* : Obstetricia. Berlín, 1902.
- Berry Hart* : Ginecología. Edimburgo.
- S. Pozzi* : Ginecología. Paris, 1892.
- Delche* : Ginecología médica terapéutica.
- Bolesis* : Traducción de Sabater. Barcelona.

## PUBLICACIONES DEL AUTOR

### Trabajos en folletos.

Las parálisis del facial. Tesis del doctorado. Montilla, 1901.  
Patogenia de relación entre las neurosis y el artritisismo. Madrid, 1902.  
Trofoneurosis facial. XIV Congreso de Medicina. Madrid, 1903.

### En la «Revista de Medicina y Cirugía prácticas».

La neurastenia: sus causas y tratamiento, tomo VI.

### En la «Revista de Especialidades Médicas», comunicados á la Academia Medico-Quirúrgica.

Consideraciones acerca de un síndrome de parálisis ocular asociada, tomo V.  
Síndrome medular de origen traumático, tomo V.  
Consideraciones acerca de un síndrome protuberancial, tomo VI.  
Naturaleza de las oftalmoplegias, tomo VI.  
Enuresis nocturna en los adultos, tomo VII.  
Consideraciones acerca de las psicosis sifilíticas, tomo VIII.  
El benzoato de mercurio en la sífilis, tomo VIII.  
Parálisis atrófica del adulto de forma aguda, tomo VIII.

### En la «Correspondencia Médica».

Origen y trayecto de las fibras gustativas del facial, núm. 1.689.  
La fototerapia en el sarampión, núm. 1.700.  
Nistagmus: su probable patogenia, núm. 1.701.  
El histerismo en sociedad, núm. 1.716.  
Tripode patológico, núm. 1.719.  
Defensa del alcohol en terapéutica, núm. 1.737.

### Comunicaciones presentadas á la Academia Medico-Quirúrgica en este curso.

Dos casos de histerismo agudo terminados por muerte.  
Sífilis de localización cerebral con midriasis y hemiparesia.  
Oftalmoplegia de Wernicke.  
Varios casos de parálisis ocular de localización distinta.