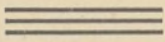
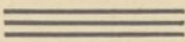


PUBLICACIONES
DE
CRONICA 
 MEDICA

*ARQUITECTURA DE LAS NEUROSIS
ORGANICAS*

POR

JUAN J. LOPEZ IBOR



Valencia, 15 Noviembre 1933.

R. D. *Manuel Arce*
en todo aspectos *h/b*

CRONICA MEDICA

I

TRABAJOS ORIGINALES

ARQUITECTURA DE LAS NEUROSIS ORGANICAS (*)

POR

JUAN J. LOPEZ IBOR

Catedrático de Medicina. Médico del Manicomio Provincial de Valencia

¿Crisis de la Medicina?

Desde hace algunos años, se viene hablando con una cierta delectación en muchos círculos culturales de la crisis de la Medicina, como si ésta se hallase ya al final de la curva de su desarrollo, no habiéndose cumplido las esperanzas que hizo concebir la rápida sucesión de descubrimientos durante los últimos decenios. Estas palabras «crisis de la Medicina» vuelven, en monótono treno, a los labios de cuantos hablan de la problemática de nuestra ciencia. Con ellas mismas, proporcionaba un título y un tema a su conferencia de entrada en el rectorado, un gran médico y un gran psiquiatra como Bumke. La verdad es que por doquiera nos hallamos con signos inquietantes, y si yo quisiera recordar alguno, bastaría con

(*) Conferencia pronunciada en la sesión de apertura del curso de 1933-34 en el Instituto Médico Valenciano el día 25 de Octubre de 1933.

pensar en las peregrinaciones constantes a los grandes y pequeños albergues de la curandería, en los cuales los pacientes pretenden recibir de manos de un patán el remedio seguro de sus dolencias, que no supo proporcionarles el clínico más distinguido.

La situación exacta estríba, sin embargo, en que la Medicina se halla en un punto crítico de su desarrollo, como en un solsticio, a partir del cual se quebrará la línea que venía siguiendo hasta ahora. Sólo en este sentido puede hablarse de crisis de la Medicina, significando con ello el viraje violento y quizás peligroso, el cambio radical de meta al oteo de nuevos horizontes, pero nunca la agonía de la ciencia que cultivamos. Varios han sido, por fortuna, los cambios de rumbo sufridos en el curso de su historia; precisamente en ello se manifiesta su vitalidad. Recordemos sino, el espíritu fáustico con que Paracelso abordó el enigma de la enfermedad y de la muerte, sobreponiéndose a los médicos de entonces, que como el príncipe del cuento todo lo aprendían en los libros. O la aportación de Boerhave, que enriqueció la Medicina con la aplicación de los conocimientos de los naturalistas, sus contemporáneos. O el ingreso de la microvida en lucha con la vida humana, que pusieron de manifiesto los descubrimientos de Pasteur, creador de una nueva era.

La personalidad

¿Qué nueva perspectiva se abre a la Medicina actual? No creo que podamos concebir el futuro de nuestra ciencia y de nuestra profesión dentro del marco que le señaló Marañón en su lectura en nuestra Facultad de Medicina. El cree que la misión esencial del futuro médico será la eugenesia, el perfeccionamiento de la raza, sin reparar que ello representa una agresión política a la Medicina; piensa, por otra parte, en una mejor organización del trabajo y de la misión científica del médico, al igual que se realiza en los países sajones, que es de donde nos vienen las notas de angustia y de incertidumbre sobre el porvenir de nuestra ciencia.

No son estos los nuevos horizontes que se otean. Ludwig Krehl,

el internista de calidad excepcional, decía en una conferencia en la Sociedad Médica de Leipzig, que el progreso de la Medicina estribaría en el «ingreso de la personalidad como objeto de investigación y de estimación en la Medicina». Esta afirmación tiene una importancia excepcional, puesto que encierra el designio de que la Medicina no tenga sólo en cuenta los conocimientos y métodos de la ciencia natural, sino también los de la ciencia cultural.

El médico se halla habituado a enfrentarse con el hombre enfermo, con la misma actitud con que el naturalista observa el crecimiento de una planta o la división de una célula. No busca sino fenómenos y variaciones en su magnitud. Frente al enfermo febril mide, cuanto más exactamente mejor, el curso y las oscilaciones de la temperatura; pero se desprecian las vivencias del enfermo y el modo de reaccionar de su personalidad. No es que haya que abjurar de lo adquirido hasta hoy; sería, por ejemplo, imperdonable querer deducir todas las variantes de la neumonía de la personalidad del enfermo, negando valor a los diversos tipos de neumococos y a las asociaciones de agentes en el determinismo de las neumonías atípicas o «neumonías locas», como las llamaba Wunderlich.

Por el contrario, existe en un enfermo, provocada por cualquier mecanismo, una excitación tusígena, una ansia de vómito o un dolor. Unos vencen la excitación, el ansia o el dolor y otros sucumben a ella, para terminar por ser cruelmente atormentados. Por ello los médicos de sanatorios saben muy bien la importancia de la disciplina de la tos, y los ortopedas han aprendido a valorar estos factores, cuando se trata de si un enfermo podrá utilizar, en mayor o menor grado, su miembro artificial. Es indudable que con ello hemos cruzado los límites de toda ciencia natural; Krehl va más allá cuando dice que «el ingreso de la personalidad en nuestra investigación, supone la aceptación de lo irracional, porque en último extremo la vida y la personalidad pertenecen a la categoría de lo irracional, al menos para nosotros».

Me ha parecido oportuno, en esta ocasión, hacerme eco de esta nueva orientación, compulsando su valor frente a un grupo de enfermos, quizás el más apropiado para ello. Me refiero a los neuróticos orgánicos, que por ofrecer en su rica sintomatología incrustaciones de fenómenos tenidos por netamente corporales y por netamente psíquicos, nos servirán para demostrar que por encima de todas las construcciones y desmembramientos artificiales, se halla la unidad de la personalidad presidiendo el conjunto. Dadas las limitaciones de tiempo excluyo el haz de enfermos constituídos por los obsesivos, muchos histéricos, etc. (psiconeurosis), cuya sintomatología es puramente psíquica, para concentrar nuestra atención sobre los neuróticos orgánicos, asiduos concurrentes a las consultas de los médicos generales.

Neurosis orgánicas

Es notable su frecuencia; por término medio puede aceptarse, según muchas estadísticas, que la mitad de los enfermos que acuden a una clínica de medicina interna son neuróticos orgánicos y la proporción sube en algunas clínicas ginecológicas.

Cuando llega un enfermo aquejando molestias gástricas, opresión en el pecho, disturbios genitales, insomnios, inapetencia, etcétera, se le somete a una requisa, tanto más completa cuanto mayor es la escrupulosidad del médico a quien se confía el enfermo; si el resultado de la misma, aun recurriendo a los más finos métodos de exploración instrumental, es negativo; si, además, el síndrome subjetivo es tan vago y confuso que no concuerda con las descripciones de las entidades nosológicas conocidas, y si, por añadidura, es insensible a toda terapéutica medicamentosa, se piensa indefectiblemente en el diagnóstico de neurosis, como etiqueta justificadora de una pretendida impotencia terapéutica.

Este criterio del «no hay nada objetivo, luego es un neurótico» es fundamentalmente erróneo; la historia de la Medicina nos demuestra cómo se van desalojando de la trinchera de la neurosis

muchos enfermos, a medida que sobre ellos se concentra la metralla de los nuevos descubrimientos. La enfermedad de Parkinson, el corea y muchas otras fueron neurosis hasta que se logró averiguar su substrato anatómico. Otro tanto ocurrirá—pensamos—con estos enfermos.

La idea del substrato anatómico incógnito domina la doctrina de las neurosis orgánicas; se pensaba que una alteración gástrica, por ejemplo, que persistía durante tiempo indefinido y que no era una úlcera, ni una gastritis, etc., necesariamente tenía que ser una neurosis gástrica que dependería de una alteración funcional o anatómica de los nervios de la víscera citada. Goldscheider aportó la confirmación necesaria en un paciente con trastornos del ritmo cardíaco de larga duración, en el cual la autopsia demostró una irritación del nervio vago por un proceso crónico de vecindad.

La última agresión a la independencia de las neurosis orgánicas o somatoneurosis parte de la patología funcional, cuyo principal representante es v. Bergmann. Ya no es necesario el substrato anatómico para definir una enfermedad, puesto que nos basta la alteración funcional. El electrocardiograma revela lesiones donde antes se creía que no había más que fenómenos neurósicos, y la sonda de Kussmaul nos permite, en muchos casos de neurosis gástricas, el descubrimiento de las alteraciones de la secreción y de la motilidad gástrica. Gracias a los trabajos de él y de su escuela, sabemos que éstas se deben con una frecuencia extraordinaria a una gastritis, y que aun las molestias de los ulcerosos van y vuelven con las idas y venidas de una gastritis complementaria. Conocemos, además, la existencia de trastornos dispépticos en enfermedades de las vías biliares extrahepáticas o del hígado mismo y que muchas de ellas se deben a una enfermedad general, quizá infecciosa, en la cual una gastritis hematógena constituye el fundamento de las molestias locales. Muchas gastralgias, dolores de apariencia anginosa en el hueco hipogástrico y hasta fenómenos del tipo del bolo histérico

son referibles a la existencia de una hernia pequeña del hiato esofágico, visible radiológicamente.

Así, paso a paso, parece llegarse a la demolición de la neurosis orgánica, siendo sustituido su concepto por el de *Betriebsstörungen*, que quizá pudiéramos traducir por el de *trastornos del tráfico*, en el cual se comprenden las alteraciones que ocurren en el modo normal de acaecer una función; alteraciones que no llegan a dejar rastro anatómico. Por ello encabeza Bergmann la lista de los diagnósticos por recurso, que se vienen haciendo con demasiada frecuencia, y que deben ser sustituidos por otros más exactos, por el de neurosis orgánicas, tales como cardíacas, vasomotoras, gástricas, etc., y por aquellos otros, en el fondo idénticos, de cardialgias, piloroespasmos, *tormina ventriculi*, síndrome gastrocardial y eructos nerviosos.

Es esta una actitud irrecusable, cuando se quiere establecer un diagnóstico de neurosis con un criterio negativo y como por exclusión. Urge, por consiguiente, reformar su concepto y buscarle otros puntos de apoyo.

El factor psíquico

La primera pregunta que nos debemos plantear es la siguiente: ¿Es que tras los nuevos descubrimientos se ha esfumado el factor psíquico como elemento esencial en la génesis de las enfermedades? En manera alguna. El factor psíquico sigue siendo un primer personaje en el drama de la enfermedad. Por mi parte estimo exagerada la postura de Alcan, que pretende demostrar que las emociones, las vivencias exageradas, etc., llegan a dejar rastro anatómico de enfermedad, mediante los siguientes mecanismos: la emoción produce una inervación anormal de un órgano tubular como el intestino, la cual determina un calambre o espasmo del mismo; falta entonces en aquel territorio el aflujo sanguíneo y el tejido exangüe se ulcera. Esta sería la patogenia de algunas úlceras gástricas. Otras veces el espasmo del órgano provocaría un

éxtasis en la zona que le precede, engendrando una dilatación. Este sería el mecanismo de muchas dilataciones esofágicas. Otro tanto ocurriría—y aquí la exageración es mayor—en la dilatación cardíaca consecutiva a la hipertensión arterial. Finalmente, el éxtasis y la dilatación darían lugar a cambios en la composición de los líquidos contenidos en el órgano, pudiendo de este modo aparecer cálculos en la vesícula biliar.

Cualquier espíritu dotado de sentido biológico se rebela contra explicaciones tan simplistas; pero otros son los hechos que nos demostrarán la influencia del factor psíquico que venimos pregonando y el modo cómo ésta se ejerce.

Causalidad y condicionalidad

El problema es irresoluble si nos atenemos de un modo estricto, al principio de causalidad. Veamos, a guisa de viñeta ilustradora, lo que ocurre en el asma bronquial. La cuestión confusa de su etiología, que ha tenido tantas soluciones como figurines el pensamiento médico, parece claramente resuelta a la luz de los principios de la alergia. En un asmático se observaba, por ejemplo, que sus accesos sólo aparecían en situaciones determinadas. Esto ha sido siempre un carácter esencial de la génesis psíquica de un síntoma, como en la histérica que sufre sus ataques ante determinada persona. Si los accesos asmáticos aparecían sólo en el lecho conyugal y no cuando el enfermo salía de viaje, se pensaba inmediatamente, y los psicoanalistas con especial fruición, que los accesos estaban en relación con un complejo sexual, en el que la aversión a su mujer desempeñaba un papel esencial. Así, y con motivación más precaria, se han definido muchos asmas psíquicos. Llegan los descubrimientos acerca de las acciones alérgicas y los alérgenos suplantando la misión de los complejos. Si el enfermo tiene accesos en el lecho conyugal, y no cuando va de viaje, es porque en la habitación existen alérgenos para los cuales se halla sensibilizado. Y si un estudiante tenía acce-

sos durante el curso y no durante las vacaciones no era debido a ningún complejo académico, sino a que las vacaciones las pasaba fuera de Valencia.

A pesar de todo, existe el asma psíquico o, mejor dicho, en muchos casos de asma intervienen de un modo decisivo los factores psíquicos, habiéndose llegado a modificar mediante mecanismos psicógenos puros el valor de las pruebas de alergia. A una enferma se le sugiere en hipnosis que el olor de la rosa le es muy perjudicial. Fuera del sueño hipnótico, se logran obtener de este modo accesos de asma, cuando la enferma percibe el olor de la rosa; si bien no se logra descubrir la existencia de reacciones cutáneas de alergia frente a sus alérgenos. Tampoco una alergia cutánea preexistente se logra hacer desaparecer mediante la hipnosis; pero sí curar al enfermo que la presenta, es decir, romper la cadena que liga la alergia con el desencadenamiento de los accesos. Una enferma de un negocio de tabacos presenta reacciones positivas para el alérgeno tabaco, con aparición de accesos al practicar la reacción. Esta enferma pudo desensibilizarse y curarse mediante el tratamiento psíquico. Psicoterapeutas experimentados, como Schulz, han referido muchos casos de éstos. Recientemente Diehl y Heninchen han logrado influenciar por sugestión las reacciones alérgicas cutáneas, haciéndolas mayores o menores, según el sentido de la sugestión dadas. Claro es que sólo se trata de variaciones cuantitativas.

He aquí, pues, cómo nos encontramos con un curioso encadenamiento de fenómenos. Un síntoma está determinado por un agente físico, que suponemos causal; pero el mismo síntoma, en el mismo enfermo, puede producirlo una vivencia psíquica. Hay una verdadera concurrencia de causas estrechamente entrelazadas, como en una jugada de ajedrez, donde el jaque lo da una pieza mediante el cerco que le prestan las demás. En una enferma de mi departamento manicomial sólo aparecían los accesos durante la fase depresiva de su psicosis maníacodepresiva, nunca en las fases intercala-

res, y además la angustia de los repetidos accesos incrementaba su melancolía de un modo intenso.

En realidad no podemos sostener en patología el concepto de causalidad en sentido estricto; tomado de la física, también en ella ha perdido su primado. Max Planck dice, como colofón a una conferencia sobre el principio de causalidad en física, que «la ley de causalidad no es verdadera ni falsa, sino más bien un principio heurístico»; pues bien, junto a él y con el mismo valor necesitamos en Medicina otro principio heurístico: el de la condicionalidad de los fenómenos. Según él, no podemos contentarnos con buscar frente a la enfermedad un agente como causal y responsable, sino que hemos de concebirla como debida a una «situación morbosa», que influye sobre la unidad psicofísica de la personalidad humana. Dentro de la situación habrá alguno o algunos factores que le darán relieve plástico, pero el conjunto es necesario, de la misma manera que en la percepción no recibimos una impresión aislada, sino una figura que destaca sobre un fondo. Entre dos enfermos que hayan sufrido un traumatismo craneal, el curso posterior depende de un conjunto de circunstancias extrañas al traumatismo mismo. A veces éste es la menos importante, y el principal determinante pasa a ser algo tan ajeno a un fenómeno natural, como la situación social del enfermo.

Psicogénesis

En este sentido de factor condicional hemos de entender la psicogénesis de las enfermedades. Así no pretenderemos, por ejemplo, al hablar de la hipertensión psicógena, que ésta sea resistente a un tratamiento farmacológico o que una diarrea psicógena, como la de los exámenes, resista al opio y al bismuto. Viceversa, los fenómenos corporales, aun los que están más lejos de ofrecer cualquier resquicio psíquico, pueden ser influidos y modificados por métodos puramente psíquicos.

Sack refiere un caso muy interesante. Un paciente se pone en tratamiento por una dermatitis iodofórmica aguda. De la anamnesis

resulta que se trataba de un hombre psíquicamente anormal; poco antes de la guerra había intervenido como medium en sesiones hipnóticas públicas. Sus francas tendencias homosexuales le pusieron en colisión con el código. Finalmente, mediante su ingreso en una secta protestante, había conseguido restablecer un cierto equilibrio en su vida social. El paciente consintió en ser hipnotizado. Lo era fácilmente y cayó en sueño sonambúlico profundo inmediatamente de comenzar la sesión. Se le sugiere entonces que su brazo derecho se halla totalmente paralizado, con anestesia completa, exangüe; se le coloca, mediante una asa de platino, un poco de polvo de yodoformo sobre la piel en puntos simétricos de ambos brazos. Mientras que en el brazo fijado sugestivamente se presenta una coloración rojiza, con un eritema papuloso del tamaño de una moneda de diez céntimos, se desarrolló en el otro una inflamación difusa, con edema y estornudos, cuya curación costó doble número de días.

Queda así demostrado, con la justeza de un experimento fisiológico, que la psicogénesis llega a poder influenciar fenómenos sobre cuya relación de causalidad estricta no dudábamos. En una clínica americana aparece un paciente con una intensa polidipsia; mediante un largo tratamiento psicoanalítico desaparece la polidipsia; poco tiempo después muere y la autopsia descubre un tumor del tercer ventrículo.

Si se hipnotiza profundamente a un individuo, se le da un vaso de agua, pero vacío, y se le sugiere que está bebiendo el agua más pura y cristalina que en su vida ha llegado a sus labios, aparece al cabo de algún tiempo una intensa poliuria, como si en realidad hubiese bebido mucho. Si se determina el metabolismo basal en pacientes, sin signos de enfermedad orgánica y con una neurosis de situación, se encuentra notablemente aumentado, y el aumento persiste durante mucho tiempo, sin existir nada que haga sospechar una influencia tireotóxica.

También en el aparato circulatorio podemos demostrar hechos análogos con una gran facilidad. La tensión puede aumentar bajo

influencias hipnóticas. Recientemente lo he comprobado. En un enfermo de gran capacidad sugestiva medí la tensión y le obligué a realizar un esfuerzo enérgico. Si entonces se repite la medida la tensión ha aumentado; pues bien, en hipnosis profunda se le sugiere que está realizando aquel determinado trabajo y la tensión sube como antes. Es que la tensión sanguínea está sujeta a un fino mecanismo regulador que la hace eco de cualquier variación en la situación biológica del individuo; pues, aparte de los mecanismos metabólicos que en ella intervienen y que nos sirven de base para nuestra más moderna terapéutica farmacológica, están los nerviosos. No ha sido posible descifrarlos con toda exactitud, pero se conoce ya una serie interesante de reflejos. Por ejemplo, la compensación o balance que se establece entre diversos territorios musculares (Rein); la actividad coordinada de los vasomotores, que aumenta la cantidad de sangre que acude a un miembro, cuando el otro se pone en actividad; los reflejos de descarga, que podríamos llamar propioceptivos vasculares, que rigen el tono cardíaco y vascular según las impresiones que reciben las paredes de la aorta y del seno carotídeo, el reflejo de Beinbridge, en virtud del cual, cuando aumenta la presión en las venas próximas al corazón, crece la frecuencia de los latidos cardíacos, etc. Todas las funciones orgánicas se hallan en realidad sujetas a mecanismos reguladores análogos que, según von Weizäcker, mantienen una *conducta funcional*, que se halla transformada en la enfermedad. Por ello la tensión sanguínea puede mantenerse a un tono más alto tras grandes catástrofes psíquicas. Wittkower ha aportado recientemente diversos ejemplos de *hipertónicas postcatastróficas*. Conocida es desde hace mucho tiempo la íntima relación entre las situaciones angustiosas y la aparición de una angina de pecho o una apoplejía.

Esquema de la elipse

Podemos, pues, dar como definitivamente establecidas las correlaciones entre los fenómenos corporales y psíquicos; pero el escollo

principal con que se tropieza al abordar este asunto, es el del modo cómo se establecen las citadas correlaciones. Hace ya muchos años en que se pensaba que entre ambos fenómenos existía un cierto paralelismo. Toda emoción, toda vivencia psíquica tendría su correlato corporal, pero en el fondo serían independientes un fenómeno de otro. Vino luego la doctrina de la acción recíproca, en virtud de la cual se admite que, efectivamente, los fenómenos corporales, aun siendo distintos de los psíquicos, pueden influir sobre ellos y viceversa; el estar triste haría saltar las lágrimas y las modificaciones orgánicas del miedo, harían nacer en el espíritu la emoción del miedo. No puedo extenderme ahora en la refutación de modos de pensar, que podemos dar como agotados.

Los hechos ocurren de tal manera que obligan a afirmar que los fenómenos corporales y psíquicos tienen un radical común: el darse sobre un sér vivo. Son manifestaciones unívocas de la vida y son siempre el mismo fenómeno. No nacen primero la taquicardia, el temblor, etc., y luego el miedo y viceversa; sino que desde un punto de vista genético ambos son el mismo fenómeno; para el sér vivo se presentan con un sentido idéntico. Si quisiéramos valernos de una figura geométrica, como ilustración contrapuesta a la imagen anterior del paralelismo o de las dos flechas de sentido opuesto de la acción recíproca, podríamos elegir la elipse; en la cual cada uno de sus puntos está determinado en función de dos centros y es imposible definirlo matemáticamente sin hacer relación a ambos. Cada manifestación vital, morbosa o sana, es necesario referirla también a las dos vertientes, corporal y psíquica, con que aparece, pero su unidad es indudable. *El cuerpo es expresión del psiquismo y el psiquismo concede sentido al cuerpo.*

La fusión entre los fenómenos corporales y psíquicos llega, en muchas ocasiones, a hacerse extraordinariamente aparente. En una enferma de Cassirer se presentó un tic de la musculatura del cuello el mismo día que supo que el jefe de su departamento, del cual estaba enamorada, se había prometido con otra mujer. El tic

le hacía torcer el cuello, huyendo del pasillo por donde solía pasear él. Psicoanalíticamente se pusieron en relación ambos fenómenos. Unos cuantos meses después se desarrolló un síndrome extrapiramidal. Pötzl observó en un caso que sufrió una herida superficial de la región occipital el establecimiento de una hemianopsia, parálisis de la mirada y síntomas cerebelosos, es decir, lo mismo que, en principio, habría que esperar si se hubiese producido una lesión de los centros nerviosos subyacentes. Una enferma mía con crisis oculogiras como único síntoma postencefalítico, que siempre se habían tenido por histéricas, me dijo súbitamente en el curso de una laboriosa exploración: «no se canse usted, voy a decirle la verdad, esto lo hago porque quiero». ¿Se trata de procesos orgánicos independientes de la voluntad, por consiguiente, o se trata de hechos desencadenados de una manera psíquica pura?

Ni una cosa ni otra. El hombre sano o enfermo ofrece la característica vital de estar sujeto a las contingencias de un medio, con el cual establece una cierta unidad. En estado patológico responde a una constelación de condiciones modificadas y en la respuesta van mezclados ambos factores. En un tuberculoso la infección puede ser de tan escasa cuantía que no le impida un cierto grado de actividades. Pero la vivencia de este enfermo puede angustiarse de tal suerte, que transforme su vida en la de un enfermo grave. De esto saben mucho los directores de sanatorios, aun de los de tuberculosis quirúrgicas. En un enfermo así, tiene tanta importancia una psicoterapia discreta como el tratamiento medicamentoso.

Neurosis orgánicas no son, pues, aquellas enfermedades en las que interviene un factor psíquico, porque esto ocurre en todas; ni aquellas otras en que no hay lesión, puesto que habiendo lesión puede el enfermo ser un neurótico, sino aquellas en que dentro del complejo psicósomático de la sintomatología, el acento diferencial está lanzado sobre lo psíquico, de tal suerte, que las reacciones de conjunto de la personalidad giren preferentemente alrededor de las vivencias del enfermo.

La función de socorro

Examinemos ahora el mecanismo que determina este predominio de las vivencias, partiendo del hecho fisiológico de las emociones. Cannon ha demostrado en sus experimentos, que cuando a un animal, un gato, se le coloca en una situación amenazadora para él, como la presencia de un perro, se desencadenan una serie de alteraciones funcionales: taquicardia, aumento de la presión arterial, aceleración respiratoria, actitud muscular especial, descarga de adrenalina, etc. Este complejo desempeña el papel de función de socorro, puesto que pone al animal en excelentes condiciones para responder adecuadamente al estímulo sufrido. Hasta aquí todo se desliza dentro de los cánones fisiológicos.

Otro tanto ocurre en el hombre; ante cualquier situación amenazadora se desenvuelve ese complejo funcional, que desde un punto de vista psíquico llamamos emoción y que desde un punto de vista físico ha quedado descrito. Claro es que el concepto de *amenaza* no es en este caso el corriente, como la que ejerce el perro sobre el gato. Me refiero a una amenaza vital, que puede ser el sentirse enfermo, febril, el saberse tuberculoso, etc., o puede tomar la forma de una vivencia primaria, terrible en el fondo, como la de los esquizofrénicos, que empiezan a sentir la transformación de su personalidad. En una palabra: *amenaza biológica*. En los traumatizados de cráneo, por ejemplo, se desencadena este complejo emotivo y angustioso ante sencillas preguntas, test u órdenes que no saben cumplir; verbigracia: cuando se les dice que describan el camino que ellos recorren todos los días. Por eso dicen Goldstein y su escuela que estos enfermos saben andar, pero son incapaces de dar un paseo.

De suerte que esta reacción se presenta lo mismo ante causas psíquicas que físicas; todavía no estamos ante el neurótico. La neurosis empieza cuando vuelven a aparecer los mecanismos de la función de socorro *sin que la situación de amenaza vital esté pre-*

sente. Entonces, por el motivo más fútil, un disgusto, una corriente de aire, un dolor, a veces por nada, se desencadena toda la rica sintomatología de la función de socorro.

Y, aunque sea de pasada, hagamos la observación de que el verdadero neurótico orgánico, donde quiera que esté localizada su sintomatología—de ello hablaremos después—, ya sea en corazón, en genitales o en estómago, hay siempre una rica sintomatología general. Hasta tal punto es así, que podemos considerar como regla de diagnóstico práctico la que establece que tanto más probablemente se trata de una enfermedad orgánica, cuanto más localizados se hallen los trastornos y viceversa.

Hay una segunda fase en el desarrollo de una neurosis orgánica. Al principio, en la fase que acabamos de describir, aparecen juntos, formando un complejo inexpugnable, los elementos corporales y psíquicos de la función de socorro; pero *llega un momento en que el propio yo toma una actitud crítica, los despersonaliza, los objetiviza y se convierten en algo extraño para él*. La unidad de la personalidad queda de este modo desintegrada, y van por un lado las vivencias internas, la emoción, la angustia, etc., y por otro lado el temblor, la descarga adrenalínica, las contracciones musculares, las alteraciones secretoras, etc. El enfermo está atento a su propia máquina, a su horizonte interno, como el vigía de un barco. Mide cuidadosamente su temperatura, cuenta sus deposiciones, percibe cualquier arritmia de sus contracciones cardíacas, aun la respiratoria, acecha los movimientos de su estómago o de su intestino y el resumen de todo ello lo entrega, a lo mejor, en forma de largo inventario, al médico, impotente para interpretar tan variada sintomatología.

El determinismo orgánico

Ocurre entonces que, aunque rota la unidad de las dos vertientes corporal y psíquica, persisten entre ellas ciertas relaciones que nos sirven para explicar el determinismo de las neurosis, es decir, su

localización en un determinado órgano. En esto intervienen diversos factores. La constitución local de los diversos órganos, las enfermedades anteriores, etc., determinan una canalización, una *Bahnung*, análoga a aquella ley de Uexküll, en virtud de la cual el tono se desliza por el cuerpo como un líquido hacia los valles constituidos por las excitaciones tónicas anteriores. El órgano que ha sufrido una enfermedad anterior representará uno de estos valles, hacia el que fluirá la corriente neurósica del enfermo, lo mismo que al histérico le sirven los dolores o parálisis sufridas anteriormente.

Hay, empero, otro elemento esencial. Consiste en que la sintomatología orgánica, rotas sus relaciones con la psíquica, las establece en otra forma. *Los síntomas orgánicos se convierten en símbolos de determinados procesos psíquicos*; son sus modos peculiares de expresión. De ello podríamos citar ejemplos abundantes, y en verdad el mecanismo es de viejo conocido; ¿por qué, si no, en una enferma, la manifestación de repugnancia ante cualquier vivencia sexual producida en ella se traduce en vómitos incoercibles de causa insospechada, hasta que el psicoanálisis los pone de manifiesto? o ¿por qué reacciona con una monoplejía del brazo derecho, si este mismo ha servido de vector a los impulsos sexuales yugulados y transformados en la neurosis?

Lo mismo ocurre en las neurosis orgánicas, aunque la relación no se nos suele aparecer con tal nitidez. A guisa de paradigma elijamos los vértigos. El acceso vertiginoso se compone de la sensación de desplazamiento del mundo externo, de la sensación de impulsión del propio sujeto y de los síntomas vegetativos (náuseas, vómitos, palidez, temblor, etc.) que les acompañan. En el vértigo orgánico producido, por ejemplo, por una lesión de laberinto, los síntomas vegetativos desaparecen a medida que el yo se halla en condiciones de corregir o compensar los datos que le llegan por los órganos del equilibrio. Los síntomas vegetativos actuaban como función de socorro, pues tanto la sensación de angustia como los antes enumerados inmovilizaban al sujeto, librándolo de un peligro.

Cuando por la corrección antes citada, la inmovilización ya no es necesaria a la perduración de la integridad del sér, los síntomas vegetativos desaparecen aun cuando los vértigos continúen. En cambio, el vértigo neurósico se compone casi única y exclusivamente de los síntomas vegetativos; las sensaciones de desplazamiento e impulsión, en el caso de existir, son secundarias y se establecen de un modo psicogenético.

Von Hattingberg llamó la atención acerca de que el vértigo que se presenta en el umbral de muchas neurosis, traduce un desequilibrio tanto corporal como psíquico. Schilder dice que es una ironía de las neurosis la producción de un vértigo, cuando por una lucha en la vida instintiva no existe en ella ningún equilibrio. En un neurósico existían, como síntomas predominantes, unas sensaciones vertiginosas de gran intensidad que le impedían salir de su casa durante días enteros. El enfermo estaba convencido del carácter orgánico de su enfermedad, en el cual no se podía creer dado el resultado totalmente negativo de las exploraciones vestibular y nerviosa. Para poner de manifiesto su génesis psíquica—más que como medio terapéutico—traté de reproducirlos mediante hipnosis y aunque el enfermo caía fácilmente en sueño hipnótico, no pude conseguirlo en las primeras sesiones. El enfermo tenía una gran inseguridad vital, que le obligó a buscar apoyo en el matrimonio con una mujer rica, por la cual no sentía verdadera inclinación; en esto precisamente radicaba el desequilibrio de su vida instintiva (instinto de conservación frente a instinto sexual). Tras unos días de mejoría aparente, tuvo una fuerte sensación vertiginosa en la calle, precisamente el día del cumpleaños de su enlace. Aquella misma tarde, fué la primera vez que conseguí en hipnosis la provocación de una auténtica sensación vertiginosa con todo su cortejo de síntomas vegetativos, aun estando el enfermo en posición yacente. Aquella misma noche apareció una impotencia psíquica.

En una enferma de la clínica médica de Heidelberg, que sufría también de fuertes sensaciones vertiginosas, la psicoterapia pudo

descubrir un grave conflicto amoroso; los ruidos de oído y el primer acceso de vértigo aparecieron bailando un vals, en el momento en que la enferma tuvo confidencias acerca de la infidelidad de su prometido. Posteriormente los accesos vertiginosos se desarrollaban con motivo de conflictos con los padres. El descubrimiento de estos complejos hizo desaparecer los vértigos.

Vogel ha profundizado más en la explicación de estos fenómenos. Si se provoca un vértigo mediante la experiencia rotatoria o la corriente galvánica, los movimientos del cuerpo y de la cabeza que entonces se presentan están en el límite entre los inconscientes o reflejos y los conscientes. Hitzig los denomina inconscientes-voluntarios para significar su situación en el umbral de ambos procesos. Si, repitiendo la experiencia de Purkinje, rodamos varias veces alrededor de nuestro eje vertical estando de pie y quedamos quietos de una manera súbita, aparece, aun cuando la voluntad está en contra, un ligero movimiento rotatorio del cuerpo y de la cabeza, es decir, un movimiento reflejo, puesto que no depende de la voluntad, antes bien va en contra de ella. El impulso final puede, sin embargo, hacerse desaparecer, dejándose llevar hasta el fin; entonces hace la impresión de un movimiento voluntario. No hemos de buscar, pues, la explicación de este movimiento tratándolo de voluntario o de reflejo, puesto que unas veces nos aparecerá de una manera y otras de otra. Lo único que experimentamos es la contienda entre el querer permanecer quieto y el dejar apagarse el movimiento. Purkinje mismo encontró el núcleo del vértigo, cuando dice que en él se realiza la lucha entre los procesos conscientes e inconscientes. Lo mismo ocurre, en fin de cuentas, en el neurótico antes citado, donde su relación consciente con su mujer luchaba con su aversión frente a ella.

La persona vital

Con hechos e interpretaciones análogos podríamos establecer un extenso ejemplario, del cual hago gracia en la ocasión presente,

en honor a la brevedad. Pero todavía no tendríamos con ello una doctrina, sino los diversos elementos de que se constituye el edificio de las neurosis orgánicas. Necesitamos encontrar el plan que le preste unidad.

¿Cabe referir todos los trastornos observados a un denominador común? Intentémoslo. En el hombre, en cuanto a unidad biológica, podemos distinguir dos series de estructuras: una la que Kraus llama *persona cortical*, porque anida en la corteza cerebral, encargada de la motilidad y de la sensibilidad, de todas las funciones perceptivas y mnésicas; y otra la que designa *persona profunda*, que domina toda la vida de los instintos e impulsos, todo nuestro sentimiento, que gobierna nuestros procesos metabólicos y hormonales, interviniendo por consiguiente en cualquier reacción orgánica por mínima que sea. La persona profunda significa el radical biológico que sirve de carburante a la persona cortical. Sin ella ni siquiera los procesos perceptivos y mnésicos podrían realizarse, porque le faltaría el impulso a ponerse en contacto con el medio externo.

En una u otra forma, esta distribución dual de la personalidad está presente en el espíritu de muchos investigadores de nuestro tiempo. Por ejemplo, en el concepto del biotono de Ewald. Y en tantos otros. Pero por mi parte estimo preferible la designación para la segunda de *persona vital*, puesto que ya el lenguaje popular viene sancionando de antiguo este calificativo. Así se habla de humor vital, de instinto vital, de *turgor vital*; todo ello son elementos de la persona vital. Además, se me argüirá: ¿por qué no llamarlas simplemente funciones vitales, funciones del sistema vegetativo, usando así vocablos de solera en ciencia natural? Precisamente por ello. La característica de este conjunto es la de tener dos vertientes: la psíquica y la corporal, fundidas en una unidad.

Ni físico, ni psíquico. Ni concepto, ni idea: persona.

Cuando Kraus habla de persona profunda piensa, sin duda, en la localización anatómica preferente, pero no exclusiva, que se le pu-

diera atribuir; porque en realidad es algo tan difuso, que encuentra las fuentes de su tonalidad en los últimos recovecos de las reacciones del organismo. La fisiología y la clínica de los últimos años, han puesto de manifiesto que las funciones vitales asientan de preferencia en la zona hipotalámica y en diversos centros mesocefálicos. El niño mesocefálico de Gamper, a quien le faltaban todas las porciones terminales del encéfalo, conservaba íntegra la persona vital. Así, poseía una excelente función del sueño-vigilia e impulsos instintivos que exteriorizaba en la motilidad y en la alimentación; tenía oscilaciones del ánimo que en parte dependían de alteraciones vegetativo-corporales y en parte se debían a excitaciones externas y que se traducían por los correspondientes mecanismos expresivos; finalmente poseía la impresionabilidad ante las excitaciones de los diversos sentidos y era capaz de asustarse y de emocionarse.

A la persona vital pertenece el sistema vegetativo, pero no puede llamarse sistema vegetativo al conjunto, porque sería confundir la parte con el todo y atribuir funciones psíquicas a éste; y tampoco debe llamarse sistema vegetativo al vital porque, como ha demostrado Cannon, no es imprescindible para la vida. Cannon, en efecto, ha extirpado el sistema vegetativo de ciertos animales; el animal vive durante largo tiempo. Sus funciones cardíacas, intestinales y metabólicas se realizan con gran seguridad. Pero ésta sólo se mantiene mientras el medio permanece idéntico a sí mismo, es decir, mientras el animal está en reposo.

Plasticidad

Y es que una característica esencial de las funciones nerviosas es la plasticidad, o sea su posibilidad de adaptación a las contingencias del medio externo con los elementos de que dispone, sin necesidad de ensayos previos. Bethe lo ha demostrado con reiteración en sus experiencias de amputación de extremidades en invertebrados, en los cuales se establece una coordinación

distinta de las piernas que quedan, sin necesidad de nuevo aprendizaje para la marcha. Goldstein lo ha demostrado a su vez para las funciones de la persona cortical. En un enfermo con lesión del lóbulo occipital la hemianopsia, que clásicamente se describe como consecuencia, no aparece más que en la investigación en el campímetro. En cambio en la vida habitual dispone de la totalidad del campo visual.

La persona vital ofrece su plasticidad en grado más notable todavía que la cortical. La vida instintiva se somete a todas las variedades de adiestramiento a que la obliga el medio cultural. Lo mismo el sueño y las funciones vegetativas. En cambio, *en el neurótico orgánico, la persona vital ha perdido su plasticidad*. Cualquier vivencia desagradable es capaz de producirle una impotencia. Una emoción altera su sistema vegetativo de tal suerte, que mucho tiempo después de haber pasado, todavía resuena en todo el ser como si se hallase presente. La vivencia del dolor visceral persiste e informa la conducta biológica del individuo aun después de haber pasado.

Esta persona vital así regida parece como que se desprende de la tutela de la cortical. La fusión de ambas se logra en la vida del hombre mediante el proceso que llamamos *educación* en su más amplio sentido, la cual, en realidad, se ejerce como una serie de traumas que recaen sobre la persona vital. El hambre, la sed, la necesidad de sueño se realizan de un modo anárquico durante los primeros días de la vida; después hay que comer a intervalos regulares, impuestos por normas culturales y en contra de los impulsos. El niño se educa, se dice. Así, pues, se irrumpe con violencia en un automatismo, el de tomar la leche del pecho de la madre, y se traumatiza otro, el de la defecación y del orinar. Lo mismo ocurre en el aprendizaje de la marcha y con la rotura de todos los ritmos que caracterizan la persona vital.

Sólo en este sentido puede hablarse de la incomodidad que nos produce la cultura, como titula Freud uno de sus últimos libros.

Sólo así cabe concebir con base biológica la formación del yo y del super-yo a partir de los radicales de la vida instintiva.

En los neuróticos orgánicos la unidad se halla rota y los síntomas de la enfermedad los hallamos precisamente en aquellas funciones de la persona vital donde actúan los traumas de la educación: trastornos del sueño (insomnios o necesidad constante de dormir), trastornos de la micción como enuresis, polaquiuria, retención de orina; diarrea y estreñimiento; trastornos de la deglución, vómitos, anorexia; trastornos de la marcha; neurosis sexuales, como impotencia, frigidez, vaginismo, espermatorrea, etc.

Tratamiento

Hemos descrito los distintos arbotantes del edificio de las neurosis orgánicas y hemos vislumbrado el principio posible de su estructura. Pero esto tendría el carácter de especulaciones intrascendentes y faltaríamos, además, al sentido hipocrático de nuestra profesión, si no intentásemos contrastar estas ideas en el crisol del tratamiento. También estos enfermos son dignos de que nuestros esfuerzos se dirijan hacia su curación y alivio.

La primera afirmación que hemos de establecer, es la de que nuestra acción terapéutica no ha de ser unilateral. Las vertientes corporal y psíquica necesitan sus remedios adecuados, y por ello considero un error profundo el de Freud, que se niega a investigar corporalmente a los enfermos que se le confían. Como también es errónea y cruel la actitud de los otros médicos, que oyen impacientes el relato del enfermo, para recetarles displicentemente cualquier específico de un modo irresponsable.

La terapéutica corporal tendrá dos direcciones: una la de ser *constitucional*, dirigida a todo el organismo, sin olvidar en cada caso particular el tratamiento de determinados trastornos y molestias; otra la de ser una terapéutica de *transformación*, *Umstimmungstherapie*, en el sentido que los alemanes dan a esta palabra, es decir, tratar de modificar el tipo reaccional del organismo. Pero

en este momento quisiera ocuparme del problema más descuidado: de la psicoterapia.

Hay muchas escuelas, muchos métodos; todos son buenos si curan al enfermo. No es este el momento de exponer y juzgar cada una de ellas. Frente a la más difundida, el psicoanálisis, se han adoptado todas las posiciones, desde la negación rotunda, como Bumke, a la afirmación como dogma de los discípulos de Freud. Mi posición frente a un punto esencial de ella ha quedado fijada en otro trabajo. Como esquema para un tratamiento es excelente; pero *la personalidad de todo psicoterapeuta consiste en elaborar su propio esquema de tratamiento*. Es un error creer que el médico general se halla relevado de esta misión. Las escuelas inglesa, americana y alemana se esfuerzan en señalar qué puntos de una psicoterapia son accesibles al médico general y cómo debe realizarse por éste. Ya decía Platón: «el gran error en el tratamiento de las enfermedades consiste en que hay médicos para el cuerpo y médicos para el espíritu, cuando cuerpo y espíritu no pueden ser separados».

No nos importa que haya elementos falsos en las doctrinas psicoterapéuticas actuales, si sabemos eludirlos y sólo nos servimos de ellas como esquema de tratamiento. En el trabajo antes aludido procuro demostrar que, en contra de la negativa rotunda de Bumke, el complejo de Edipo existe, pero procuro demostrar asimismo que no debemos concederle el sentido dado por la escuela de Freud del enamoramiento sensual por la madre.

Prinzhorn ha desarrollado en bellos diálogos esta situación; intervienen en ellos el poeta, el médico y la mujer, porque la mujer sabe más que el hombre de los abismos de la vida creadora y puede confirmar las fases de organización de la libido infantil. Se hace en ellos la apología del psicoanálisis, pero comenzando por esta afirmación: «de todo el edificio del psicoanálisis, como se encuentra en forma de dogmas en los escritos de sus fieles, no necesitamos que quede nada». Entonces dícele la mujer al mé-

dico: «por qué no prescindir de él?» «Porque no puedo». Efectivamente, el médico necesita de estos esquemas para tratar a los enfermos, y no es extraño que un mismo síntoma pueda curarse mediante el psicoanálisis, los métodos de la psicología individual o la psicagogía.

Además de ellos, que son los fundamentales, contamos frente a las neurosis orgánicas con otro de viejo linaje, aunque su regulación científica sea reciente. Como quiera que en estos enfermos la persona vital rígida no es capaz de resonar de acuerdo con la persona cortical, podremos tratar de que se readquiera la unidad mediante un método parecido a los cinco *angas*, grados o miembros del *yoga*, que durante milenios han convertido a los fakires en dueños, de un modo inverosímil, de sus funciones orgánicas. Su método, la práctica del *yoga*, hace la impresión de haberse engrado tras una hipocondría cósmica casi gigante, y todas las experiencias de contener la respiración, detener el esperma en el coito, o no dejar salir la sangre menstrual, parecen tender a conservar en el interior la fuerza vital.

Schulz, partiendo de experiencias hipnóticas, ha elaborado un método que, en esencia, es una gradación de «*angas*», mediante el cual los sujetos de experiencia vuelven a hacerse dueños de sus funciones vegetativas. De la utilidad de éste y análogos procedimientos, da cuenta el trabajo de Wittkower y Dhawan para el tratamiento del estreñimiento crónico, funcional. En este caso particular practican ellos los siguientes ejercicios: 1.º (del Gherandâ Samhita.) El paciente, sentado en el suelo, trata de tocar con las puntas de los dedos de la mano las puntas de los dedos de los pies a través de las rodillas cruzadas. En la flexión producida se abre el esfínter anal, que se vuelve a cerrar al erguirse de nuevo; se practica durante tres semanas, una vez diaria durante quince a veinte minutos. 2.º En cuclillas, sin que las rodillas toquen el suelo, se sienta el paciente en una pila de baño y practica ejercicios activos de dilatación anal. 3.º Mediante imágenes se orienta

el enfermo sobre la anatomía del intestino y su función. En posición cómoda se concentra el paciente sobre los movimientos intestinales peristálticos. De cuarenta y dos pacientes que habían usado durante largos períodos de tiempo diversos tipos de purgantes, diecisiete se curaron totalmente, once mejoraron (deposición espontánea cada dos días), diez permanecieron igual y cuatro están todavía en observación.

* * *

He aquí la personalidad que penetra en el campo de la Medicina. He aquí lo irracional que reclama su puesto dentro de nuestra misión de médicos. Por ello grandes cirujanos, como Sauerbruch y Liek, han hablado del «milagro en la Medicina». Esta ha sido, sobre todo, la actitud de los grandes clínicos de todos los tiempos. Cuando Osler examinaba a sus discípulos tenía la costumbre de preguntarles cómo podría aumentar diez kilos un enfermo de cáncer estomacal. Ausente la respuesta, solía él mismo contestar: «Note usted—decía—que la única manera de conseguirlo es un médico optimista.» Optimismo no hace falta para clasificar plantas ni para hacer una experiencia de destrucción de electrones. Optimismo se requiere cuando se trata de influenciar la personalidad humana mediante una terapéutica.

Para que no parezcan afirmaciones atrevidas, y a pesar de ser poco aficionado a ello, recorro de nuevo al criterio de autoridad y termino con estas palabras de Krehl. «Durante el tiempo de la pura orientación natural de la Medicina, todo esto estaba excluído de la actividad del médico. Esta debía estar libre del concepto de valor, ser puramente biológica. Así nos enseñaron a los viejos. Pero que al médico no le basta con todo ello, lo nota rápidamente en la práctica todo el mundo. Ahora sabemos y enseñamos de nuevo, que la parte irracional de la vida del hombre pertenece a la actividad del médico lo mismo que la biológica. De la fusión de ambas surgen las características de la creación médica. Mi convicción íntima es

que el hombre sólo se torna médico cuando coincide con el enfermo en la comprensión común de los últimos problemas de la vida corporal y psíquica. Esta crea al médico formado científicamente, y cada acto médico es una nueva obra, que tiene una relación íntima con una labor creadora. ¿Hay más bella profesión sobre el haz del orbe que la nuestra?»

Hasta aquí Krehl. Apliquémonos, pues, señores, a convertir cada acto médico, cada contacto con el enfermo en una creación científica y en una obra de auténtica belleza; así cultivaremos el perfil egregio de la Medicina.

Imprenta La Semana Gráfica
: ARTES GRAFICAS EN GENERAL :
Conde Salvatierra de Alava, 20 VALENCIA