

Relaciones patogénicas entre el sistema nervioso y el aparato digestivo.

por el doctor MARCELO FERNANDEZ MENDIA (de Madrid).

En la práctica privada no cabe, como en la nosocomial, un estudio comparativo de observaciones análogas para comprobar por experimentaciones y análisis de laboratorio una idea sugerida por casos similares y muy repetidos; precisa conformarse con discurrir y teorizar casi sobre un ente de razón, medio poco apropiado al adelanto de las ciencias físicas, por muy equilibradas que estén en el teorizante las facultades psíquicas y muy desarrollado su espíritu de observación.

Con lo dicho queda hecha la advertencia previa de que lo que sigue, más que resolver problema alguno, antes bien, lo plantea, puesto que apenas pasará este escrito de ser un relato de historias clínicas.

Accidentalmente me hallaba en el último otoño entre estos valles éuskaros, en un pueblecillo semirural y semiaristocrático, cuando una tarde, luégo del toque del *Angelus* y hora del rosario, fui de urgencia requerido para la casa de un comerciante regularmente acomodado. Acudí luégo, y hallé solo en la casa a un anciano que mal contenía entre sus brazos a una niña pequeña que, al parecer, pugnaba por desprenderse de las manos del acongojado abuelo. Cogí la niña y la dejé sobre una cama para aflojar sus ropas y facilitar la respiración y circulación perturbadas, al paso que me fijaba en aquél pequeño sér enclenque que apenas representaba cuatro años y cuyo peso no alcanzaba quizá el de un niño de dos regularmente nutrido. Durante este examen y aquella operación, en el momento de llegar sus padres, y sin salir del estado sincopal o semicomatoso en que, al dejarla en la cama quedara, expelió sin esfuerzo por la boca poco más de una cucharada de alimentos a medio digerir, de olor agrio y color blanco su-

cio, con vetas de rojo acanelado oscuro, de varios matices y de consistencia semilíquida.

Después de este vómito, que fue, según luego diré, la clave del diagnóstico patogénico, y por lo mismo, del tratamiento, vómito puramente reflejo, sin participación de los músculos del ovoidé abdominal, causantes, según Schiff, de tal fenómeno, continuó la niña con respiración irregular, pequeña y de ritmo un tanto a lo Cheyne Stokes, pulso también pequeño e irregular, inmovilidad en sus facciones un tanto tirantes, marcando alguna vez trismus, entreabriendo ligeramente y como en movimiento automático, de tarde en tarde, sus párpados, separables sin muy grande resistencia, y a través de los que se veía la pupila puntiforme sin reflejo a la luz, ni el de la córnea al tacto. En tal estado, con escasa variación en la cara, ya pálida, ya roja, permaneció quizá un cuarto de hora, durante el que intenté varias veces abrir con una cucharilla la boca de la niña para ver de hacerle tragar algún líquido, sin conseguirlo. En una de estas maniobras presentóse de pronto una convulsión a la par de todo el lado izquierdo de la cara y brazo, que fue aumentando de intensidad hasta generalizarse, si bien predominando en el lado izquierdo. Tras de ligera calma se repetía la escena en la misma forma, si bien nunca con tanta intensidad en el lado derecho, pero siempre siguiendo el curso de las leyes de localización, simetría, generalización, etc. Este síndrome, que indudablemente no era sino continuación o repetición del inicial, que tuvo lugar en los brazos del abuelo, resistió a todos los revulsivos sinápicos que se aplicaron a distintas partes de su cuerpo, así como a los refrigerantes y demás medios a que acudí, más bien por condescendencia que por esperar nada de ellos.

Siguiendo mi propósito de tratamiento patogénico, había dispuesto 50 gramos de jarabe de ipecacuana, reforzados con un gramo de polvo de la misma planta, y éter, en inalaciones, para calmar la violencia tan alarmante de las convulsiones. Como el señor farmacéutico se hallaba au-

sente de su oficina y la escena se hacía larga, aunque intenté inútiles titilaciones de la úvula, la familia recordó que entre los veraneantes se encontraba el señor R., médico, cuya honorabilidad me era conocida, y me pidió permiso para que dicho señor viera a la enfermita, a lo que gustosísimo accedí. Este bondadoso compañero, al ver tan aparatosa escena, se alarmó tanto, que en vista del resultado negativo de revulsivos y refrigerantes, juzgó indispensable una aplicación de sanguijuelas en las mastoides, que yo, en cambio, no creía necesaria por tratarse de un ser tan débil, y de una indicación, a mi juicio, demasiado enérgica para el caso, cuando la oportuna llegada del señor farmacéutico con el jarabe y el éter cortó la discusión al decir que por entonces no tenía sanguijuelas en su oficina. No harán falta, me dije; me basta con lograr que la niña pueda tragar el jarabe. Así fue; mientras con frecuentes inhalaciones se calmaban un tanto las convulsiones, logré que tragara siquiera parte del jarabe que se le administraba mediante la detención de la cucharilla entre los dientes hasta que hiciera movimiento de deglución.

De este modo se provocó un vómito poco más enérgico que el anterior y un tanto más abundante, con expulsión de materia alimenticia análoga, entre la que se distinguían residuos de castañas y naranjas.

Tras de tal expulsión hubo unos minutos de calma relativa; las convulsiones, más sensibles a la acción del éter, eran ya menos violentas. Aproveché tal momento para hacerle tragar más jarabe, ya que el vómito no se repetía, por si lograba al cabo de quince o veinte minutos una nueva expulsión de materia idéntica en vómito más enérgico, siendo todo lo vomitado apenas 100 gramos y no mucho mayor cantidad la expulsada por el recto, mediante enemas dispuestos desde los primeros momentos.

Tras de este vómito se produjeron aún dos o tres convulsiones en intensidad decreciente y luego una calma completa. No había transcurrido un cuarto de hora cuan-

do se presentó un sueño tranquilo, con respiración natural, pulso normal y expresión del semblante de la niña en completa euforia; las pupilas habían recobrado también su diámetro normal.

Permanecí cerca de la enferma un buen rato, más que por la necesidad, por complacer a los padres, aún no calmados del todo de tan alarmante sobresalto.

En los días sucesivos nada hubo que recordara lo pasado, no obstante lo cual creí conveniente administrar un ligero laxante para evitar la infección posible y aun probable tras de un exceso que había principiado a mediodía en la mesa con repeticiones y desacostumbradas de más alimento, y había terminado en casa de una amiguita con la ingestión de castañas, naranjas y pan recién cocido, diciendo además la niña: «Luégo vine a casa porque me ponía mala y no podía apenas andar ni subir la escalera, donde me quede, y ya no sé más.»

Al siguiente día el honorable compañero me expresaba su admiración por mi tranquilidad y seguridad ante escena tan alarmante, a lo que hube de contestar como los antiguos asclepiades de una escuela griega, que «yo guardaba ya resuelto el teorema»; efectivamente.

1º Era una mañana de 1893, en las cercanías de Pamplona, donde un labrador bien acomodado reclamó mi asistencia para su señora, mujer de unos treinta años, multípara, de buena presencia y constitución, que hacía buen rato se hallaba en pleno desmayo, casi o sin casi comatoso, ya que no respondía con ningún reflejo. Su respiración y circulación eran casi imperceptibles, percibiéndose apenas algunas convulsiones tónicas y contracturas trísmicas, coincidiendo con dichas dificultades cardíacas y respiratorias, que llegaron a hacerme temer una rápida y completa asistolia, a pesar de todos los revulsivos e inhalaciones aplicados. Por no conocer ni aun sospechar la causa, tampoco era posible y más en persona ya adulta, establecer el diagnóstico patogénico. Ante tan grave situación y tras de un desfallecimiento del que

se creyó que no volvía, la familia avisó al señor párroco, que acudió muy luégo con la Extremaunción. A una indicación mía se retiró del umbral de la habitación en que entraba, porque en aquel preciso momento la enferma se despejaba ligerísimamente tras de un rápido y repentino vómito en que expulsó una cantidad regular, quizá medio litro, de materia de olor acre, semilíquida y de color oscuro. Por algunos detritus reconoció aquella masa una de las asistentes, y dijo: «¡ Ah !, son pomas, que tánto le gustan, de las que compró ayer y comió cerca de cuatro libras» (la libra navarra es la medicinal de doce onzas). La poma es un fruto piriforme de unos dos centímetros cúbicos de volumen, que se come, como el níspero, en principio de putrefacción: el árbol que lo da tiene cierta semejanza con el fresno, y sólo lo he visto en el país de viñedo.

Tras de esta gran evacuación quedó en estado como soporoso, sin volver a aparecer contracción alguna, y aunque se le administró agua tibia a fin de provocar el vómito (no había farmacia a menos de tres kilómetros), no vomitó, y cuando se regularizaron pulso y respiración, se la dejó descansar, no quedándole en los días sucesivos nada como vestigio de tan alarmante accidente.

2º Un día de la primavera de 1909, en ocasión de hallarme molestado por un dolor reumatoide lumbosacro, y poco después de anochecer, me llamaron a casa próxima con tanta urgencia que a los cuatro minutos venía nuevo aviso. Tratábase de un adolescente como de trece a catorce años, presa de accidentes sincopales y convulsivos, en intensidad creciente desde un cuarto de hora antes, que tenían afligida y alarmada a la familia. Inquirí y nada pude averiguar, sino que hora y media antes, después de venir del horno, donde había estado cociendo pasteles, se había tumbado sobre la cama, donde, preguntando por él, lo habían hallado en aquel estado. Aunque no de pasteles, por ser hijo de pastelero, sospeché un atracón y prescribí enemas y vomitivo, además de revulsivos y demás cosas aconsejadas en estas circunstancias. Las inhalaciones también

prescritas causaban poco efecto; la ipecacuana, con dificultad administrada, tardaba en producir el suyo; las convulsiones y síncofes llegaron a tal extremo, que los padres ya veían morir su hijo, a pesar de mis seguridades. Por fin, luégo de una evacuación rectal, vino un vómito, sin duda cuando la cantidad de ipecacuana fue suficiente, y con él la expulsión de una pulpa alimenticia homogénea, blanca, un poco sucia, en cantidad, si no grande, lo suficiente para hacer cesar tanta alarma. A aquel vómito siguió otro aún menor, y el joven quedó calmado, si bien como atolondrado, y al cabo de media hora dormía en sueño tranquilo, que duró hasta la mañana, en que despertó como de una borrachera. Entonces dijo haber comido la tarde anterior una regular cantidad de pan recién sacado del horno y haber bebido abundante agua para calmar la sed que aquél le produjera.

Estos dos casos primeros habíanme servido para el tercero de enseñanza y confirmación de la subordinación del sistema nervioso al aparato digestivo, principalmente en su primera porción, ya que la evacuación del último calma a veces muy luégo la excitación de aquél; enseñanza y confirmación para deducir entretanto y tan alarmante aparato de síncofes, convulsiones, etc., el diagnóstico etiológico de una sencilla indigestión o empacho de pronóstico relativamente leve, aunque bajo el aspecto aparente de inminente gravedad; pronóstico que ha de llevar, no obstante, siempre la salvedad de una posible gravedad positiva, a causa de cualquier motivo ni conocido ni sospechado, previamente existente en el organismo del paciente, tal como aneurisma, arterioesclerosis, degeneración cardíaca o vascular, grasosa o de otra naturaleza, incapaces de resistir a las violentas contracciones musculares constitutivas del accidente. Tal sucedió a un joven de unos treinta años, de aparente robustez más que mediana, pero epiléptico por lesión de accidente de trabajo, que vimos sucumbir, yo con gran disgusto, pues fue en mi presencia, y su padre con espanto, pues era quizá la duodécima vez que

veía el accidente en su hijo, ocurrido sin trascendencia hasta aquel momento fatal en que sólo un rápido cambio de coloración del rostro, de rojo intenso a palidez exagerada, denunció la catástrofe inesperada.

Finalmente, los dos citados casos, al darme el diagnóstico etiológico, me dieron también la única indicación racional, la evacuación, y la sintomática también única, las inhalaciones calmantes.

Aquí podría y quizá debiera poner un punto a este escrito, que, si carece de valor científico, tampoco podrá hacer valer su inportancia literaria para mejorar la opinión de quienes opinan como un antiguo escritor, creo que francés, de que no es a los escritos de los médicos donde ha de irse a estudiar literatura; bien que tampoco los creo destinados a este fin.

Aun abusando de la paciencia de quien la ha tenido de seguirme hasta aquí, y sin pretensión de resolver problema alguno trascendental, continúo mi propósito de discurrir, sin otra intención que dar margen a que alguien, mejor informado y dotado de mejores medios materiales y disposiciones psíquicocientíficas, pueda resolver algo de lo que yo vanamente intentara.

Es mi parecer que todo el aparato sindrómico de los casos historiadados y de otros análogos, con sus alardes eclámpicos, epileptoideos, o como se les quiera llamar, es puro reflejismo de los centros bulbomedulares, independiente de los centros cerebrales, pues gozan de su autonomía con respecto a ellos, y que el estado sincopal o comatoso (de inconsciencia tan inherente a él que apenas se comprenden estos accesos convulsivos en estado consciente), no son, a pesar de tal apariencia de unidad, sino dos entidades distintas, o por lo menos dos fases descomponibles a los efectos de estudio con miras a su origen; que si raro es el acceso convulsivo sin inconsciencia, no lo es, en cambio, el acceso de inconsciencia sin el convulsivo, puesto que en general, en todos los accesos de tal clase o crisis, como quiere mejor Rewart, lo primero en presen-

tarse y lo último en desaparecer es el fenómeno inconsciencia.

Más clara se presenta la dualidad en la terminación accasional; en todos cesa primero toda convulsión con tanta diferencia, que aun admitiendo estado consciente desde el momento en que el enfermo mira a su alrededor, se mueve y aun contesta con aparente deliberación, yo no respondería de su responsabilidad en asunto forense; pues tales respuestas, miradas y aun movimientos, tienen matiz de ebrioso o soñoliento. Así que a lo sumo podrá admitirse que se trata de un estado de subconsciencia. Así y todo no se presenta tal vislumbre de consciencia sino al cabo de un buen rato después de haber cesado las convulsiones.

Ciñéndose a los casos historiados, se observa en ellos un previo malestar con cefalea y pesadez de cabeza; la niña vuelve a su casa a buscar a su madre; no encontrándola en el piso bajo, la busca en el principal, y al intentar subir la escalera, no puede más, se deja caer y «ya no sé más»; así termina su narración a la mañana siguiente. El adolescente no se encuentra bien, llega a casa, teme la reprimenda de sus padres y se recoge en una cama, que no es la suya, donde lo encuentran al buscarlo, por suponer que está en casa y ver que no responde; allí le hallan sin conocimiento, y luégo se presentan las convulsiones, que producen mayor alarma. En la señora del labrador no fue posible observar la invasión, pero fue hallada sin conocimiento y en acceso de convulsión tónica no muy acentuado, como queda apuntado. En ella dominó un desfallecimiento como shock o asistolia.

A pesar de que pudiera defenderse la dualidad etiológica (cerebral y bulbomedular) de tales fenómenos y aun citar algún caso, entre otros, en que sólo se presentó la primera fase atenuada, el de un joven vasco que tras de cada atracción de leche se sentía soñoliento y como ebrio: «ya he bebido diez escudillas de *esnia*, ya estoy chispo, voy dormir,» solía decirme alguna vez cada mes, me inclino a ver una unidad etiológica de intensidad varia y en el

fenómeno convulsivo una inhibición de los centros frenadores de la movilidad, provocado por excitación de la mucosa gastrointestinal a causa de infección de la misma, siquiera la idea de tal infección peque de vaga aunque se la encuentre en los tratados.

Como tal explicación de las convulsiones no exime de dar una razón admisible de los demás síntomas, yo encuentro más acomodado al modo de ser científico, como investigable por análisis de clínica y laboratorio, la existencia probable de una toxemia causada por imperfecta digestión y formación en el aparato digestivo de productos que luego pasando a la sangre la intoxicaran; toxemia que, según su naturaleza e intensidad, determinaría ya una ligera ebriosidad, ya un síncope comatoso, o bien además fenómenos contracturales de mayor o menor intensidad, causando, en un sentido o en otro, coma o convulsión de aspecto más o menos imponente.

Queda, no obstante, un punto oscuro. ¿Cómo explicar la casi repentina cesación de los fenómenos convulsivos y atenuación casi absoluta de todos los demás síntomas tras de evacuación gástrica y rectal de cantidades a veces escasísimas de material más o menos digerido, si tales fenómenos son causados por toxinas que se hallan en la sangre? ¿Es admisible una tan rápida eliminación o neutralización?

Admitida como más probable una toxemia, ¿cuál es la materia que la determina? Se trata de la acetona, que alguno ha juzgado como capaz de causar convulsiones. ¿Son varias las toxinas? ¿Podría explicarse alguno de los fenómenos como ocasionados por compresión de centros ganglionares nerviosos, ya que una pequeña evacuación los modifica, atenúa y aun hace cesar algunos? Son preguntas cuya contestación no me atrevo a dar, contentándome con formularlas después de haber llamado la atención sobre la terapéutica que me ha dado mejor resultado en estas circunstancias.

(De la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, de Madrid).

LIBRERÍA DE MEDICINA