

FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGÍA
E INSTITUTOS ANEXOS

REPUBLICA DE GUATEMALA
CENTRO AMERICA

CONTRIBUCION
AL ESTUDIO DE LA HIPER-EMOTIVIDAD

TESIS 21

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA

DE LA

FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGÍA
E INSTITUTOS ANEXOS

POR

HERNÁN MARTÍNEZ SOBRAL

EN EL ACTO

DE SU INVESTIDURA DE

MÉDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA — AÑO DE MCMXXVI 1926

TIPOGRAFIA SANCHEZ & DE GUISE
8ª Avenida Sur N° 24.

LA HIPER-EMOTIVIDAD

NOCIONES ANATOMO FISIOLOGICAS ACERCA DEL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO

Omito describir detalladamente la anatomía macroscópica del sistema nervioso simpático, por hallarse descrita en los tratados de Anatomía; pero como los autores no están de acuerdo acerca de ella, debo hacer un recuerdo sucinto de los conocimientos que se tienen al respecto.

Para los fisiólogos de principios del siglo XVIII, los movimientos del cuerpo se dividían en tres clases: 1.º) Los movimientos voluntarios; 2.º) Movimientos que no siendo voluntarios son susceptibles de ser influídos por la voluntad, como los respiratorios; 3.º) Movimientos involuntarios, de ningún modo sujetos a la voluntad, como los del corazón. Natural era que esta división se extendiera al sistema nervioso mismo, y así había nervios voluntarios y nervios involuntarios.

El nervio intercostal, ya conocido de los anatomistas de la época por sus conexiones con el corazón y el intestino, era tenido como el intermediario por el cual una parte del cuerpo influye a otra, cambiando simpatías, por lo que fué llamado gran simpático por Winslow.

Johnstone tomando en cuenta los ganglios que se encuentran en el trayecto de los nervios y a los que supone cambiar los movimientos voluntarios en involuntarios, lo llamó después sistema ganglionar.

Bichat dividió la vida del organismo en vida animal o de relación y vida orgánica o vegetativa. Desde entonces hubo sistema nervioso de la vida vegetativa y sistema nervioso de la vida orgánica, que comprendía además de los ganglios del gran simpático, algunos de los nervios craneanos.

Dastre y Morat agregaron, después, al sistema de la vida orgánica, algunas ramas del V, VII, IX y X pares; luego Gaskell habla de nervios viscerales, que partiendo del sistema nervioso central, siguen estas tres direcciones:

craneal, torácica y sacra. También dividió los nervios en somáticos y espláncnicos.

Sería inútil continuar enumerando las diversas descripciones que se han hecho del sistema nervioso simpático. La discrepancia de los autores proviene de que unos se guían por la sólo anatomía macroscópica, mientras que otros sólo atienden a la fisiología o a la histología. Es indudable que lo más razonable sería atender los datos de la histo-fisiología, pero aún así el desacuerdo subsiste, pues las técnicas varían con los autores y por lo tanto sus interpretaciones.

Ultimamente tiende a generalizarse la división establecida por Langley, que valiéndose de la nicotina como medio de análisis de las conexiones interneuronales, parece dejar resuelto el problema.

Langley divide el sistema nervioso en dos partes: el sistema somático, que regula la vida de relación, y el autónomo, que regula la vida orgánica.

El sistema autónomo está constituido por las células y fibras nerviosas que conducen el influjo eferente a los tejidos que no sean los de los músculos estriados multi-nucleares.

Ese sistema comprende: el SIMPÁTICO, EL PARA-SIMPÁTICO y EL ENTÉRICO.

I.—El simpático es el “gran simpático” de los anatomistas. Está constituido por dos cordones ganglionares (cadenas laterales) colocados a los lados del raquis, que extendiéndose de la primera vértebra cervical a la última sacra, entran en conexión con el eje cerebro-espinal por los ramos comunicantes, y emiten ramos eferentes destinados a constituir plexos viscerales, unos, y, otros, que sin pasar por los plexos, van directamente a los ganglios intra viscerales o yuxta-viscerales. (ganglios parenquimatosos). Son también elementos constitutivos del simpático las células ganglionares cromafinas, los para-ganglios medulares suprarrenales y los órganos feocromos.

Los elementos del simpático tienen su célula original en una columna autónoma medular que ocupa la parte lateral del cuerno anterior y que se extiende de la 1.^a dorsal a la 3.^a lumbar. Su axona con mielina, se desprende de la célula intra-axial, camina por la raíz anterior del nervio mixto, lo sigue hasta llegar al ganglio simpático de la cadena lateral, donde termina articulándose con las dendritas de una célula ganglionar orgánica de la que parte una axona amielínica (fibra de Remak) que del ganglio se dirige,

a las vísceras, o bien vuelve al nervio mixto para distribuirse con él en los tejidos somáticos periféricos. No siempre es tan sencillo el trayecto de esta axona central: unas veces sólo atraviesa el ganglio para dirigirse a los ganglios viscerales y, otras, emite colaterales con el mismo destino. Los ganglios de la cadena lateral están unidos entre sí por fibras simpáticas comisurales.

Las fibras sensitivas orgánicas siguen idéntico camino, sólo que en sentido inverso, y penetran en la médula por el cuerno posterior, después de atravesar el ganglio espinal, para terminar en la columna de Stilling-Clarke. Así queda constituido un arco reflejo autónomo, con su neurona sensitiva en el ganglio espinal, unida, por una parte, a la víscera o a la periferia, y por otra, a la médula que la pone en relación con la sensibilidad general.

Fuera de estos centros autónomos medulares, existen otros destinados a la vida vegetativa, situados en la corteza cerebral y en los cuerpos opto-estriados, pero que todavía no ha sido posible localizar claramente. Además se han localizado centros de la poliuria, glucosuria, regulación térmica y metabolismo de los hidro-carbonados en la zona retro-hipofisiaria y sub-talámica.

Extendiéndose la cadena lateral a los lados de la columna raquídea, los ganglios que la componen toman el mismo nombre que ella. Así tenemos la región cervical formada por tres ganglios y, a veces, dos, por la fusión de los dos últimos. El primero, el ganglio cervical superior, recibe cuatro o cinco ramos comunicantes y da vasos para el cuello, la cabeza, y el corazón (nervio-cardíaco superior). El segundo, el ganglio cervical medio, recibe sus ramos comunicantes del 5.^o y 6.^o cervicales y emite nervios para el corazón y la tiroides. (nervio cardíaco medio) El tercero, el ganglio cervical inferior, recibe ramos comunicantes del 7.^o y el 8.^o cervicales y da el nervio cardíaco inferior y nervios para los vasos del brazo. De él nace el nervio cervical ascendente. Este ganglio casi siempre se fusiona con el primero dorsal formando el ganglio estelar, que da filetes para los tejidos y vísceras del cuello y del tórax; también se le llama ganglio confuso de Neubauer.

En la región dorsal se hallan diez o doce ganglios con sus respectivos ramos comunicantes, que los ponen en correspondencia con los nervios raquídeos. Los cuatro primeros ganglios de esta región, dan ramas para el corazón, la aorta, el esófago y los pulmones. (nervio espláncnico

pulmonar). Los cuatro o cinco ganglios siguientes forman el nervio esplácnico mayor con sus ramos eferentes, que interrumpe el ganglio de Lobstein. Atraviesa el diafragma y se termina en el ganglio semilunar, que, por su convexidad da origen a filetes que forman el plexo solar, de donde se originan, a su vez, otros plexos secundarios (hepático, portas, renales). Los ganglios restantes forman el esplácnico inferior que termina en el ganglio semilunar.

En la región lumbar hay cuatro o cinco ganglios que van al ganglio mesentérico inferior, y forman el plexo del mismo nombre que inerva los vasos y órganos de la región.

El simpático depende de los centros autónomos medulares tóraco-lumbares, tiene por función regularizar la motricidad de las túnicas musculares de los vasos sanguíneos, la expulsión del contenido de las glándulas sudoríparas, la pilomotricidad. Su acción se extiende también al aparato írido-dilatador, al músculo de Müller (exoftalmía), a las fibras peri-órbito-palpebrales; acelera la frecuencia del corazón y acorta la sístole. Su acción sobre el metabolismo general (glucosuria) es indudable. Preside los movimientos de algunos músculos lisos de los aparatos esfintereanos digestivo, urinario, y genital. También juega un papel preponderante en el trofismo celular y regula el calor animal.

II.—El para-simpático está dividido en dos grupos:

A) El ocular o tectal, que tiene su origen en el núcleo pupilar situado junto al del motor ocular común, bajo el piso del acueducto de Silvio. Sus fibras caminan junto con las del III par hasta llegar al ganglio oftálmico donde lo abandonan; penetra en el ganglio y termina articulándose con las células ganglionares, que, a su vez, dan fibras que, siguiendo los nervios ciliares cortos, llegan al globo ocular e inervan el músculo del esfínter iridiano (miosis) y el músculo ciliar (acomodación por acción sobre el cristalino).

B) El grupo oro-anal o bulbo-sacro, cuyas células de origen se encuentran en los núcleos autónomos del bulbo, por una parte, y por la otra, en una columna celular autónoma de la médula.

Los núcleos bulbares son las partes vegetativas del neumogástrico, del facial y del glosio-faríngeo.

Las fibras orgánicas anexas al vago se originan en el núcleo dorsal del mismo nombre situado entre los núcleos motor y sensitivo del mismo, el núcleo ambiguo y el solitario.

Sus fibras dejan el bulbo, atraviesan los ganglios yugular y plexiforme y dan ramas a todos los órganos torácicos (esófago, tráquea, pulmón, corazón). El neumogástrico, después de atravesar el diafragma termina en el ganglio semilunar formando con los esplácnicos el asa memorable de Wrisberg. Su parte motora de relación va al constrictor de la faringe, al velo del paladar, y músculos laríngeos. Su parte orgánica preside la vida orgánica de los músculos anteriores y del aparato respiratorio, del intestino, exceptuando el intestino grueso, y en parte de las glándulas anexas al tubo digestivo. Además regula la innervación muscular motora del aparato brónquico y del pulmón, del corazón y del tubo digestivo, excepción hecha del intestino grueso. Su parte sensitiva controla los territorios de los órganos citados, dependiendo de ella un grupo de fibras sensitivas cardio-vasculares, que constituyen el nervio depresor de Cyon.

Las fibras orgánicas anexas al facial se originan en el núcleo lácrimo-mucoso-facial. Siguen el VII par craneano hasta el ganglio geniculado, lo dejan después para caminar con el gran petroso superficial, llegando con éste al vidiano, para terminar articulándose con las células del ganglio esfeno-palatino. De aquí nacen nuevas fibras que, siguiendo la rama maxilar superior del trigémino, van a distribuirse a las glándulas lacrimales y mucosas de la nariz, y, accesoriamente, de la faringe, por el nervio faríngeo de Bock.

Del núcleo salivar superior, parten fibras orgánicas que constituyen el XIII par craneano de Sapolini. Estas por el intermediario de Wrisberg, la cuerda del tímpano y la rama lingual del trigémino, llegan y penetran en el ganglio sub-maxilar donde, unas terminan articulándose con las fibras ganglionares, y otras van a terminar al ganglio de Langley o al del hilio de la sub-maxilar. De las células del ganglio sub-maxilar, parten fibras para la glándula sub-lingual, y de las del ganglio de Langley, salen otras para la sub-maxilar.

Las fibras orgánicas anexas al glosso-faríngeo, se originan en el núcleo salivar inferior, caminan con el IX par hasta llegar al ganglio petroso de Andersch, lo abandonan y siguen, una de sus ramas, el nervio de Jacobson, se continúan por el pequeño petroso profundo, para ir a terminar al ganglio ótico de Arnold. De éste parten nuevas fibras,

que pasando al nervio acústico-temporal, van a distribuirse a la glándula parótida, dándole filetes secretorios.

La porción sacra del grupo bulbo-sacro, tiene sus células originales en la médula sacra. Estos núcleos están situados bajo el segundo segmento sacro. Sus fibras, reunidas, forman el nervio pelviano o erector, que pronto se divide en dos ramas, de las cuales, una, forma el plexo vesical que se distribuye a la musculatura del cuerpo de la vejiga, con excepción del trigono, y la otra, forma el plexo colorrectal, que inerva la musculatura del intestino grueso, exceptuando los esfínteres, y regula su funcionamiento. Preside además el funcionamiento de los vasos sanguíneos de la mucosa anal y de los órganos genitales externos. Es retractor del pene.

III.—El entérico, formado por nervios que dependen del plexo solar y se dirigen al intestino delgado, formando en el espesor de sus paredes un plexo superficial, el de Auerbach, y otro más profundo, el de Meissner.

Bajo el punto de vista funcional hay que notar el antagonismo que existe entre el simpático y el para-simpático. Si uno estrecha la pupila, el otro la dilata. Mientras que uno provoca el peristaltismo, el otro lo inhibe; uno vacía el intestino o la vejiga, en tanto que el otro tiende a retener los productos en ellos contenidos; si uno acelera el corazón, y eleva la tensión, el otro lo alentigua y baja la tensión. De aquí resulta el equilibrio que se traduce en el buen funcionamiento visceral, condición necesaria a la salud. Pero si ese equilibrio se rompe, la hipertonicidad de una de las partes del autónomo sobre la otra, se manifestará por los síndromos, llamados simpático-tónicos, o vagotónicos (para-simpático-tónicos).

El vagotónico es un individuo casi normal, sujeto a malestares periódicos. Por la menor causa se cianosa, o se pone exangüe; los pies y las manos le sudan, su piel es pigmentada y la urticaria y el dermatografismo no son raros en él; se queja de disnea, a veces de accesos de asma; sus dolores precordiales pueden simular la angina de pecho; su pulso es lento; sufre de gastralgias con saliveo abundante; acusa diarrea, constipación, colitis muco-membranosa; generalmente es melancólico y se le considera como histérico.

El simpático-tónico no padece de sudores ni diarrea, en cambio tiene tendencia a la fiebre, sufre malestares subjetivos, taquicardia, exoftalmía.

FISIOPATOLOGIA DE LA HIPER-EMOTIVIDAD

Toda impresión que traspasa los umbrales de la conciencia provoca en el sujeto, además de la percepción intelectual, una modificación orgánica y psíquica a la que llamamos "Emoción."

Las emociones no son, como las percepciones, una representación del mundo exterior, sino que expresan la reacción del Yo, con respecto a esas representaciones. Según el carácter de esa reacción, puede haber emociones placenteras o desagradables, excitantes o inhibidoras. Ellas pueden crear un estado de tensión o un estado de lasitud y dichos estados pueden ser transitorios—en estado normal—o duraderos, como sucede en las emociones prolongadas. Un estado de emoción mantenido durante mucho tiempo, *sin que haya una causa suficiente que la provoque*, es un estado patológico, al que se designa con el nombre de "hiper-emotividad." La hiper-hemotividad, es pues, la emoción exaltada crónicamente.

Para comprender el mecanismo fisio-patológico de la hiper-emotividad, es necesario conocer el mecanismo fisiológico de la emoción, desde luego que aquél no es más que una acentuación de éste. Ha sido posible mediante la experimentación, probar que todo ese mecanismo se halla bajo la dependencia del sistema autónomo-endócrino.

El sistema nervioso autónomo, es como los nervios sensoriales con respecto a las excitaciones que son capaces de estimularlos (luz para el nervio óptico, sonido para el acústico, etc.) el receptor específico de las impresiones exteriores que dan lugar a la emoción, y él, por su propia acción sobre los vasos y los músculos de fibras lisas, por su acción sobre el metabolismo y por su acción sobre las glándulas endócrinas, determina el conjunto de reacciones, de cambios, que constituyen el estado emotivo.

Su acción sobre los vasos se traduce en fenómenos de vaso-constricción o vaso-dilatación, con las correspondientes modificaciones de la tensión sanguínea. Su acción sobre los músculos de fibras lisas se manifiesta por la excitación de los que están bajo la dependencia del simpático e inhibición de los que pertenecen al para-simpático. Su acción sobre las glándulas endócrinas, consiste en el hiperfuncionamiento de la tiroides, suprarrenal, pancreática, etc., siendo entre todos el mejor conocido el que se refiere a la sobre-producción de adrenalina; y finalmente, su acción sobre el metabolismo, hasta donde permiten establecerla las

investigaciones más recientes, resulta en modificaciones de la composición química de la sangre y más especialmente de los iones de sodio, potasio, calcio y fósforo.

Es muy importante hacer notar que hay en estas reacciones una reciprocidad que las refuerza. Así, por ejemplo, las glándulas endócrinas al ser excitadas por el sistema autónomo aumentan su secreción; pero este exceso de secreción sirve a su vez, para excitar el sistema nervioso autónomo. También los cambios en la composición química de la sangre, acarreados por la acción nerviosa, actúan sobre el mismo sistema que los ha producido, pues se ha demostrado que los electrólitos de sodio y de potasio, excitan las terminaciones del simpático e inhiben las del vago, mientras que los electrólitos de calcio atenúan el funcionamiento del simpático y excitan el del vago. Por otra parte, las hormonas procedentes del tiroides, de las suprarrenales y del ovario, influyen sobre la *calcemia*, haciendo que disminuyan las sales de calcio contenidas en el suero sanguíneo y que haya, por consiguiente, una hiperexcitabilidad de las terminaciones del simpático, ya que el calcio es, como he dicho, un sedante de dichas terminaciones.

Una vez establecido que en el mecanismo fisiológico de la emoción intervienen como factores el sistema nervioso autónomo, las glándulas de secreción interna y la composición química del suero sanguíneo, lógico es deducir, que en la hiper-emotividad debe haber una alteración patológica de cualquiera de esos tres factores. El trastorno encontrado primariamente en el sistema nervioso autónomo es una *hipertonía*, un estado permanente de tensión excesiva que se puede equiparar a la hiperestesia de los nervios sensitivos o sensoriales, y en virtud de la cual dicho sistema autónomo se mantiene espontáneamente excitado, como si constantemente estuvieran recayendo sobre él, impresiones de aquellas que en estado normal dan origen a la emoción.

El trastorno que radica en las glándulas endócrinas, es un hiperfuncionamiento de dichas glándulas y, en efecto, se ha observado desde hace mucho tiempo, que en el hiper-*tiroidismo*, en la enfermedad de Basedow, en el hiper-*ovario* y en otros estados semejantes, el estado emocional de los enfermos se encuentra muy exaltado, habiendo en ellos una verdadera hiper-emotividad.

El trastorno en la composición química de la sangre, es casi siempre una hipo-*calcemia* que permite la sobreexcitación del simpático, y esto se puede demostrar, tanto por el análisis químico, que denuncia la disminución en

iones de calcio, como por el magnífico resultado que se obtiene al administrar sales de calcio a algunos hiper-emotivos.

Como se ve, es posible, haciendo una síntesis de las adquisiciones científicas hechas durante los últimos años, asignar los estados hiper-emotivos, a modificaciones orgánicas bien definidas, lo que facilita en gran manera el diagnóstico y tratamiento de esos estados.

Hasta hace poco tiempo la hiper-emotividad era considerado como una psico-neurosis, o sea como una enfermedad *sine-materia*, semejante al histerismo o a la neurastenia, con los que se le confundía muy a menudo; pero ahora ya se la puede tener como una entidad nosológica que obedece a una patogenia especial.

No debe olvidarse, por otra parte, que los trastornos señalados en los diversos factores que intervienen en el mecanismo de la emoción, aún siendo por regla general de carácter congénito, pueden en algunos casos tener su origen en intoxicaciones adquiridas, en toxemias, o son susceptibles de aparecer a consecuencia de varios choques emotivos, de conflictos morales prolongados, los cuales dejan en el organismo una huella perdurable de las modificaciones que siempre trae consigo la emoción.

ETIOLOGIA Y SINTOMATOLOGIA

He dicho que la hiper-emotividad es constitucional. Entre sus causas pueden invocarse la herencia nerviosa, o el alcoholismo de los ascendientes. Es en terrenos así preparados donde se la ve evolucionar con ocasión de grandes dolores morales, conmociones de guerra, accidentes de ferrocarril, y en general, cualquier violento choque emotivo.

El hiper-emotivo es tímido, pusilánime, se asustará fácilmente, y a la vista de un accidente callejero está a punto de desfallecer.

Su aspecto por la mímica y gestos que acompañan sus actitudes, denuncia luego su excesiva impresionabilidad. De carácter bastante variable, pasa de la alegría a una justificada tristeza, demostrando en todos sus actos una inquietud, una ansia de vivir, como si la vida fuese muy larga. Su impaciencia es proverbial. Sumamente susceptible, siente simpatías o antipatías poco durables e injustificadas, resonando esta manera de ser en sus relaciones sociales, donde pasa por reservado, preocupado, cuando no



por francamente insociable, aunque algunos en fuerza de educación saben reprimir su carácter. Es entre los afectivos, sensibles, hiper-emotivos, donde se encuentran individuos que saliéndose de la mediocridad, ponen a tributo sus condiciones intelectuales, y su propia emotividad para transmitirnosla en el campo del arte.

La irritabilidad puramente emotiva, sin maldad, los puede llevar a violentos extremos. Hay impulsiones hiper-emotivas irresistibles, en que no se ve la avidez feroz del criminal nato; tal el crimen pasional.

Funcionalmente se observan en la hiper-emotividad exaltados los reflejos musculares, cutáneos y sensoriales. Las pupilas reaccionan prontamente a la luz; la retina es muy sensible y guarda con alguna tenacidad las impresiones visuales; el oído, el olfato y el gusto son muy delicados. La sensibilidad cutánea exaltada a la presión y al frío produce fácilmente, por influencia de la emoción, lo que se llama corrientemente carne de gallina. Los músculos revelan su excitabilidad por temblores localizados o generalizados. Siente el hiper-emotivo, a la menor emoción, que todo su sér vibra; y si su ansiedad es mucha, se frota nerviosamente las manos, se tira del pelo, o se atusa el bigote en una inquietud constante, llegando algunas veces a producirse una verdadera crisis nerviosa, con sus convulsiones, que recuerdan las de la histeria o de la epilepsia, pero no se acompañan de pérdida del conocimiento ni de amnesia.

Por influencia de la emoción, el hiper-emotivo pasa rápidamente de la vaso-constricción a la vaso-dilatación, acompañadas de rubor o palidez de los tegumentos, dermografismo, o sensaciones de chorros de agua fría o caliente bajo la piel. Con poco que se aumente su hiper-emotividad, hasta acercarse a la angustia, sudores fríos bañan todo su cuerpo, el pulso se le pone débil, frecuente, y la lipotimia se produce, o si no, la angustia precordial, las palpitaciones, las neuralgias torácicas que extendiéndosele al brazo le hacen creer en la angina de pecho. En el hiper-emotivo, la hipotensión es muy corriente. También se observa ansiedad respiratoria por constricción espasmódica de las vías aéreas superiores, con ronquera, tos, laringitis estidulosa, afonía, que son tomadas por asma nerviosa.

Del lado del aparato digestivo determina la hiper-emotividad trastornos de las vísceras, que se acompañan de síntomas sensitivos, secretorios o motores. El espasmo del esófago llega por su intensidad a impedir la alimentación

del enfermo; la gastralgia, la hiperestesia de las paredes abdominales son frecuentes; las variaciones de tonicidad de los músculos lisos del estómago e intestinos, acarrean trastornos de la motricidad que se manifiestan por borborismos, cólicos, constipación, diarrea o mucorrea. La icteria emotiva es conocidísima. La dispepsia con los trastornos del apetito de que se acompaña, obedece a las irregularidades de las secreciones gástricas.

La excitabilidad de las glándulas secretorias se traduce en sudores, crisis lacrimales, sialorrea, asalia. En momentos de profunda hiper-emotividad se ha observado la inhibición sexual.

La sensibilidad exagerada del sistema nervioso no permite al hiper-emotivo conciliar el sueño, o lo despierta en medio de terribles pesadillas.

Delmas sintetiza los accidentes hiper-emotivos así:

Por difusión motriz con predominios re- gionales.	{	Tartamudez
		Laringitis estridulosa
		Afonías nerviosas
		Asma
		Dispepsia nerviosa
		Enteroneurosis-mucomembranosa
		Poliuria y poliaquiuria
		Temblores
		Hiperhidrosis
		Taquicardias diversas
Por derivación de so- bre carga motriz. .	{	Falso angor
Por explosión de di- cha sobre carga. . .	{	Agitación subsaniosa
		Tics
Por exagerada necesi- dad de certidumbre	{	Crisis nerviosas
		Impulsiones
Por mecanismo reflejo condicional.	{	Obsesiones
		Dudas
		Escrúpulos
		Fobias diversas
Por mecanismo reflejo condicional.	{	Anomalías sexuales
		Algunos actos delictuosos de na- turaleza emotiva.

DIAGNOSTICO

Diagnóstico diferencial.

La crisis hiper-emotiva se produce contra la voluntad del enfermo, que trata más bien de ocultarla. No hay el exhibicionismo escénico del histérico que necesita un público a quien impresionar. El hiper-emotivo se apena, se avergüenza del ataque que se produce a su pesar. El neurasténico tampoco se presta a confusión; padece de palpitaciones, arritmias, intermitencias, mientras que en la hiper-emotividad hay angustia precordial, falsa angina, taquicardia. El neurasténico siente una penosa fatiga psíquica y física acompañada de cefalalgia matinal y de cierta incapacidad cerebral, fenómenos que, si alguna vez se observan, son muy raros en el hiper-emotivo.

En Medicina Legal el diagnóstico adquiere más importancia. Se trata de dilucidar el grado de responsabilidad de un individuo que ha llegado a la delincuencia después de un choque emocional provocado por un traumatismo. En este caso el médico legista se guiará por el examen de los signos objetivos de la hiper-emotividad: reacciones tegumenatrias, sudores, temblores, exageración de los reflejos, taquicardia, dermatografismo; aparte de hacerse un concepto del estado intelectual del acusado, de su memoria, imaginación y juicio; de sus disposiciones afectivo-activas, de su grado de veracidad o mitomanía, de su actividad reivindicadora o de desinterés, de su perversidad.

Diagnóstico positivo.

Exploración del sistema nervioso autónomo.

Como la hiper-emotividad participa de la sintomatología que acompaña la vagotonía y la simpaticotonía, sin que esto quiera decir que el hiper-emotivo sea catalogado en cualquiera de estos dos grupos, pues revela más bien un estado hiper-neuro-tónico, sí creo oportuno reproducir aquí algunos signos que por su presencia pueden orientar el diagnóstico del médico, poniéndole de manifiesto el grado de desequilibrio entre los sistemas simpático y parasimpático.

El reflejo óculo-cardíaco de Dagnini Aschner se observa en los estados vagotónicos y consiste en una disminución

del número de pulsaciones, a veces con arritmia sinusal o respiratoria al comprimir los globos oculares.

El reflejo pilomotor que consiste en erección del pelo y carne de gallina por acción del frío, indica hiper-excitabilidad simpática.

El reflejo cilio-espinal, dilatación de la pupila al pellizcar la parte pósterolateral del cuello del mismo lado, está abolido en la parálisis del simpático cervical.

En las vagotonías también se observa el signo de Samoggi: constricción de la pupila a la expiración.

La prueba de la adrenalina: al inyectar $\frac{1}{2}$ o 1 mlg. de adrenalina, se produce una hiper-excitación simpática con taquicardia, cardio-espasmo y glucosuria en los simpático-tónicos. Prueba de Loewi: instilando II o III gotas de adrenalina se produce la midriasis en el mismo caso.

TRATAMIENTO

Llegado el Médico al convencimiento de que los diversos trastornos cardíacos, digestivos, mentales, etc., de su paciente son debidos a un estado de hiper-emotividad, quedan a su alcance recursos farmacéuticos, fisioterápicos y psicoterápicos de que echar mano. Dichos recursos pueden emplearse para el tratamiento de las crisis o para el de la enfermedad en sí. Para las crisis de ansiedad y de hiper-excitabilidad el cloruro de calcio, el afenil—combinación muy estable de cloruro de calcio y urea,—dan buenos resultados.

La medicación calmante, la valeriana, los bromuros, serán empleados también en los casos de mediana intensidad, reservándose para los graves el opio, que es el medicamento de elección, sea bajo forma de extracto tebaico, elixir paregórico, morfina, o codeína. También el pantopón, el laurel cerezo, el éter, el valerianato de borneol y el veronal, están aconsejados.

Para la enfermedad se recomiendan el cacodilato de soda a alta dosis y el láudano a dosis progresiva. (hasta C gotas al día). La opoterapia es también recomendable.

El ejercicio moderado o el reposo en la cama; los baños tibios, la ducha estática seguida de una ligera revulsión, provocada por la ampolla de alta frecuencia, serán empleados según lo reclame el estado de excitación o de depresión del enfermo. Recorfortarlo, apoyarlo moralmente, haciéndole nacer la confianza y la fe en su curación; transmitirle el sentimiento de optimismo, de seguridad, de alegría de vivir, es, además de psicoterapia, una obra de misericordia. Un consejo oportuno, un fraternal consuelo han talvez arrebatado muchas vidas al suicidio—máxima manifestación hiper-emotiva—destacándose la misión del Médico entonces, con relieves de un verdadero apostolado.

Observación Número 1.

N. N., mujer de 32 años es internada en el Manicomio en Noviembre de 1923, a consecuencia de lo que es considerado como un acceso de "melancolía." Efectivamente, su estado es de una profunda depresión, pero entrecortada a ratos por pequeñas crisis de ansiedad y sin ideas de negación, de ruina o de auto-acusación, sin la inhibición motriz tan considerable que se observa en los melancólicos, sin tendencias al suicidio. Los antecedentes de esta enferma revelan que nunca ha sufrido otros trastornos semejantes (se sabe que en los verdaderos melancólicos, los accesos de melancolía pueden alternar con accesos maniacos y reproducirse de una manera periódica). En cambio, siempre ha sido impresionable, inquieta, inestable y emotiva, propensa a los cambios del estado de ánimo sin motivo suficiente, imaginativa, sujeta a ligeros accesos de opresión y angustia. Este estado de hiper-emotividad manifiesta se agravó a consecuencia de algunos conflictos morales muy serios y de allí el exceso de depresión que dió motivo a su ingreso en el Manicomio.

El examen de la enferma demostró que como trastornos psíquicos, no habían más que los trastornos de la afectividad ya señalados. Como trastornos del sistema vegetativo

se encontraron los siguientes: inestabilidad vasomotriz, hiper-hidrosis, dermatografismo, temblor fino de las manos y los párpados, taquicardia con sensación de angustia precordial, asialia. La prueba de la adrenalina demuestra la existencia de una marcada simpaticotonía; el reflejo pilo-motor también está muy exagerado. En vista de estos síntomas se desecha el diagnóstico de "melancolía" y se instituye el de "acceso depresivo de una hiper-emotiva." La psicoterapia, principalmente, y además la medicación tónica, hacen que desaparezca el acceso en término de cinco semanas; la enferma abandona el Asilo mucho más calmada, pero sigue siendo hasta la fecha sumamente emocionable y con una gran inestabilidad en sus reacciones afectivas.

DR. F. MORA.

Observación Número 2.

X. X., individuo de 28 años de edad, es el tipo del hiper-emotivo tímido y ansioso. Desde su infancia ha sufrido mucho a causa de su excesiva timidez que lo hacía huír del trato de sus compañeros. Siempre ha sido muy impresionable, aprensivo hasta el exceso, lleno de temores pueriles y de preocupaciones a propósito de cualquier cosa, muy escrupuloso y muy reconcentrado. Según confesión propia, nunca ha tenido relaciones sexuales, porque las mujeres le inspiran un gran temor; se ha masturbado mucho.

Obligado a dar servicio militar y no pudiendo adaptarse a la vida de cuartel, pensó que el alcohol talvez podría darle el valor que le faltaba, y se dedicó a consumirlo con darle el valor que le faltaba y se dedicó a consumirlo con tanto exceso que tuvo un ataque de alcoholismo sub-agudo, ayudado indudablemente por su constitución neuropática. Fué enviado al Manicomio en donde se observó, que en los primeros días, presentaba alucinaciones visuales y auditivas de carácter terrorífico, gran ansiedad, confusión de las ideas, etc. Pasado el efecto de la intoxicación alcohólica, quedó muy manifiesto el temperamento hiper-emotivo de

este individuo, quien permaneció en el Asilo, por voluntad propia durante dos años, porque allí se sentía mejor a causa del aislamiento. Durante estos dos años tuvo varias crisis de ansiedad que duraban hasta ocho o diez días y cedían al tratamiento por los opiáceos (pantopón). El examen del sistema neurovegetativo demostró que este individuo era un verdadero simpático-tónico.

DR. F. MORA.

Observación Número 3.

Z. Z., señorita de 28 años de edad, de familia neuropática, ha sido siempre nerviosa y aprensiva. Durante la época de la pubertad sufrió de crisis convulsivas, epileptiformes, que no han vuelto a producirse. En mayo de 1925, sin causa aparente, encontrándose en una iglesia, se sintió acometida de una gran angustia, temblándole todo el cuerpo, bañándose en sudor frío, sintiendo que las piernas le flaqueaban y agitada por una taquicardia violenta. Desde entonces la crisis de ansiedad se ha reproducido con frecuencia y siempre en la misma forma, algunas veces le vienen cuando piensa en, o se propone salir a la calle; otras cuando se queda sola en algún lugar. Se presentan más a menudo durante la época de sus reglas. En el intervalo de estas crisis hay en la enferma numerosos síntomas de hiper-emotividad: su humor cambia fácilmente, es muy sensible, se impresiona por cualquier motivo, se siente muy agitada e inquieta en presencia de extraños, tiene repetidas crisis de llanto inmotivado, siente varias veces al día opresión y tristeza, desasosiego, miedo de algo que va a suceder. La inestabilidad del sistema autónomo se manifiesta por los siguientes caracteres: frecuentes crisis sudorales, viveza de las reacciones pupilares, dermografismo, reflejo pilo-motor exagerado, lo mismo que el reflejo cilio-espinal; reflejo óculo-cardíaco invertido; pruebas de Loewi y de la adrenalina fuertemente positivas. Hay tremulación constante de las manos, los párpados y la lengua; tendencia a la espas-

modicidad de los músculos de la cara; taquicardia con algunos trastornos del ritmo cardíaco (extra-sístoles); espasmos del esófago que a veces impiden por completo la deglución, palpitaciones en el epigastrio, alternativas de diarrea y constipación; reglas muy abundantes e irregulares; incendios. Fuera de los trastornos afectivos no hay otros del estado mental. Durante algunas de sus crisis de ansiedad más terribles, la inyección endovenosa de cloruro de calcio, ha dado un excelente resultado y la hiper-emotividad se ha modificado bastante gracias a un régimen higiénico apropiado, psicoterapia y una medicación casi nula, pues apenas se le han dado remedios, sintomáticos (belladona, bromuros) en raras ocasiones. Debe advertirse que esta enferma durante largo tiempo fué tratada por medio de tónicos nerviosos, como estrienina, arsénico, glicerofosfatos, cola, etc., sin el menor resultado.

DR. F. MORA.

Vº Bº

Imprimase,

DR. F. MORA.

DR. JUAN J. ORTEGA.

BIBLIOGRAFIA

Cannon.—Bodily-Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage.

Fleury.—La Angustia Humana.

Guillaume.—Le sympathique et les systèmes associés.

Gley.—Les secretions internes.

Heckel.—La nevrose d'angoisse.

Jelliffe and White.—Diseases of the nervous system.

Laignel Lavastine.—Pathologie du sympathique.

Langley.—Le système nerveux autonome.

Le journal medical. Juin, 1921.

Noguer Molins.—Exploración Clínica.

Sergent, Dumas, Babonneix.—Psychiatrie.

Sergent, Dumas Babonneix.—Sympathique et glandes endocrines.

PROPOSICIONES

<i>Anatomía Descriptiva</i>	Cuerpo tiroides.
<i>Anatomía Patológica</i>	Lesiones medulares en el tabes dorsal.
<i>Botánica Médica</i>	Atropa belladona.
<i>Bacteriología</i>	Bacilo Píocianico.
<i>Clínica Quirúrgica</i>	Punción lumbar.
<i>Clínica Médica</i>	Exploración del sistema nervioso autónomo.
<i>Física Médica</i>	Esfigmo-tensiófono de Va- quez-Laubry.
<i>Fisiología</i>	Hormonas.
<i>Farmacía</i>	Pociones.
<i>Ginecología</i>	Vulvitis blenorragica.
<i>Histología</i>	Célula nerviosa.
<i>Higiene</i>	Del recién-nacido.
<i>Medicina Operatoria</i>	Resección del codo.
<i>Medicina Legal</i>	Autopsia médico-legal.
<i>Obstetricia</i>	Placenta previa.
<i>Patología General</i>	Inmunidad.
<i>Patología Interna</i>	Tabes dorsal.
<i>Patología Externa</i>	Mastitis aguda.
<i>Química Médica Inorgánica</i>	Calomel.
<i>Química Médica Orgánica</i>	Cloroformo.
<i>Terapéutica</i>	Jambul.
<i>Toxicología</i>	Envenenamiento por la be- lladona.
<i>Zoología Médica</i>	Trypanosoma Gambiense.