

ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO

LA NEURASTENIA

— TESIS —

Que para el examen general
de Medicina, Cirugía y Obstetricia presenta al Jurado Calificador

ADELFO S. AGUIRRE

Alumno de la E. N. de Medicina de México, y practicante en el servicio de Clínica de quinto año
en el Hospital de San Andrés.



MEXICO

TIPOGRAFIA DE IRENEO PAZ
2da. del Reloj núm. 4.

1900

A mi inolvidable padre

Sr. D. Francisco de S. Colorado.

Tú me señalaste el recto sendero de mi porvenir, abriéndome con tus sacrificios las puertas de la ciencia, de la honradez y de la vida práctica. Con tus esfuerzos y privaciones, he logrado terminar mi carrera. En mi corazón llevaré siempre impresos el amor filial y la gratitud, la única moneda con que serás recompensado. Tu ejemplo y tus consejos serán guía en mi vida.

A mi cariñosa abuela.



A mis idolatrados padres.



A mis hermanos.



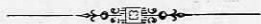
A mis queridos amigos y parientes los Señores

Lic. Eduardo Mestre G. é

Ing. Antonio N. Martínez.

A mi Maestro el Señor Doctor

D. Domingo Orvañanos,



A los Señores Doctores

D. José Ferrés,

D. Nicolás Ramírez de Arellano y

D. Angel Gavino Iglesias.

ESCUELA N. DE MEDICINA

Archivo Histórico

Clasificación Topográfica

LEGAJO 67

EXPEDIENTE 87

NUM. DE FOJAS 18

La historia de la Neurastenia, aunque no conocida en la antigüedad con este nombre, se remonta á los tiempos de Hipócrates. En efecto, él fué el primero que describió perfectamente los rasgos culminantes de esta enfermedad en su *Fragment du livre II des Maladies d' Hippocrate* (Leclerc) señalando el insomnio, las perturbaciones oculares, la ansiedad nerviosa, la angustia respiratoria, los vértigos, etc., síntomas todos que unidos á otros muchos observados después, debían completar el cuadro de esta nueva entidad patológica que diera lugar á las sabias investigaciones de Beard en el presente siglo.

Más tarde Galeno atribuye los síntomas señalados por Hipócrates á la *Hipocondría* y al *atrabile*. El hijo de Pérgamo concedía gran importancia patogénica á los órganos que, como el hígado, bazo, estómago, están situados en su totalidad ó en parte, debajo de los hipocondrios. Creía que estos órganos elaboraban un humor particular, al que dió el nombre de *atrabile*, que ascendía hasta el cerebro enfermándolo. En la actualidad sabemos bien la ninguna importancia científica de esta antigua teoría.

Viene después Sydenham, quien, en el siglo XVII dió una completa descripción acerca de la histeria y de los estados llamados por él, neuropáticos. Según este autor, to-

do desorden en el sistema nervioso, obedecía en el hombre á la hipocondría y en la mujer á la histeria. Poco tiempo después, uno de sus discípulos Juncker, publicó en una obra los síntomas de la hipocondría y de la historia creyendo haber encontrado en la reunión de ellas, una nueva dolencia á la que dió el nombre de *Mal hipocondriaco-histérico*. En esta enfermedad incluía varios síntomas que con posterioridad se ha demostrado que forman parte de la sintomatología de la neurastenia.

Rob. Whytt en la segunda mitad del siglo XVIII fué el primero que tuvo la idea de separar de la histeria y de la hipocondría, un grupo de perturbaciones nerviosas que no pertenecían á esas enfermedades, de tal manera que dividía á los individuos que padecen del sistema nervioso, en tres clases: 1.^ª los que eran simplemente nerviosos; 2.^ª los histéricos y 3.^ª los hipocondriacos.

Después de Whytt, un gran número de autores se ocuparon en estudiar el *nervosismo* ó el *estado neuropático general* en donde sin duda incluían la neurastenia. Esos autores pueden clasificarse en tres grupos, perteneciendo al primero los que estudian la cuestión únicamente desde el punto de vista clínico. Entre estos pueden citarse á Dupau (*Eréthisme nerveux*, 1819). Lauer-Villermay (*Hystérisme ou hystericisme*, 1832). Monneret (*nevrose par épuisement*, 1841) etc.

Los del 2.^º grupo insisten en relacionar los estados hipocondriacos á ciertas perturbaciones funcionales y sobre todo á la dispepsia. Entre estos se cuentan, Van Helmont con su *arqueo gástrico*, M. Leven que considera al plexus solar y al ganglio semilunar como un cerebro abdominal y

por último Beau (*Traité de la dyspepsie*, 1866) quien en la dispepsia, atribuye un gran papel á los fenómenos nerviosos.

Por último, en el tercer grupo se colocan los que describen por separado ciertos tipos clínicos que en realidad no son más que formas de la neurastenia como ya hoy está definido, así tenemos por ejemplo la *irritación espinal* de Stilling (1058, y la *Neuralgia general* de Valleix que muy bien entran en el cuadro de lo que se llama forma mielopática de la neurastenia. Con mucha posteridad tenemos también las enfermedades, *cerebro-gástrica* de Leven y la *neuropatía cerebro-cardiaca* de Krishaber, que se comprenden de la misma manera en el citado, último grupo.

Es necesario llegar hasta Beard para tener un estudio más completo, más acabado de esta interesante enfermedad. El sabio norte-americano dió á la publicidad sus primeros trabajos en los años de 1868 y 1869. Él creó el nombre con que hoy se conoce en el lenguaje médico á esta afección nerviosa, y sí bien es cierto que cometió un error al creer que describía una enfermedad nueva y especial á los habitantes de su país, enfermedad que creía se desarrollaba bajo ciertas influencias particulares, también es muy justo consignar, que él tiene el indiscutible mérito de haber señalado con precisión el sendero para una gran série de investigaciones que ulteriormente han hecho distinguidos profesores y además, el de haber sido el primero en aislar como entidad nueva á esta enfermedad, colocándola en un lugar aparte en el cuadro de la nosología. Y así es con sobrada razón que muchos autores proponen

designar á la neurastenia con el nombre de *Enfermedad de Beard*.

Después de estos trabajos han aparecido diversas monografías de esta enfermedad, como la muy importante de Levillain (1891.) la de Mathieu (1892) la de Gilles de la Tourette (1898) El mismo Beard ha publicado en (1895) un tratado que denomina la *Neurastenia sexual*.

Han contribuido también á ensanchar más y más el estudio de esta enfermedad Weir Mitchel, quien ha propuesto una terapéutica especial; Huchard que habla de las relaciones entre la neurastenia y el artrismo, Ziemzsen Arndt y otros muchos, quienes la han tratado tanto que según dice Gilles de la Tourette, (1) se ha escrito ciertamente más de la neurastenia, en el curso de estos últimos diez años, que de la epilepsia ó de la histeria, por ejemplo, en el siglo que acaba de transcurrir.»

Por último, debemos mencionar muy especialmente, antes de terminar esta breve reseña histórica de la neurastenia, al gran Charcot quien con su clarísimo talento é intensa penetración, ha fijado definitivamente, los síntomas que más sobresalen en esta enfermedad, síntomas que designó con el nombre de *Estigmas* de la *neurastenia*, por analogía con los de la histeria, que él también señaló con toda claridad.

Charcot fué uno de los que con más ardor defendió á la neurastenia contra los ataques de descripciones oscuras y complicadas, siendo, pues, justamente merecida la frase de Levillain: «Si Beard a été le père de la neurasthenie, ou pourrait presque dire que M. Charcot, en France, en a été le parrain.»

(1) Les états Neurasthéniques (1898.)

ETIOLOGIA.

Innumerables son las causas que se han invocado como capaces de desarrollar la neurastenia, y procuraremos hablar de estas valorizándolas en cuanto sea posible.

Entre las principales se cita la *herencia nerviosa* bajo todas sus formas. La herencia, no debe considerarse en el papel tan grande como se ha creído, al grado de dar nacimiento á una forma especial de Neurastenia, debe tan solo aceptársele como una causa que predispone á los individuos á contraer esta enfermedad; pero sin que su presencia sea obligatoria, indispensable, según lo ha hecho notar Levillain.

El *surmenage* en sus diversas modalidades constituye una causa de las más comunes de esta afección; dos son particularmente importantes: el *surmenage intelectual* y el *surmenage moral*; por lo que toca al primero, es de notarse la influencia dañosa que ejerce sobre toda la economía para producir el agotamiento nervioso que á su vez trae la neurastenia. Los individuos que en virtud de su profesión, están obligados á tener grandes meditaciones como los matemáticos, financieros, economistas, tenedo-

res de libros, periodistas, estudiantes etc., todos están, por decirlo así en disposición de hacerse neurasténicos por la fatiga intelectual á la que los conduce su ocupación. En cuanto al surmenage llamado escolar, no es como se ha pretendido, una verdadera causa, pues Charcot cree «que el surmenage se produce únicamente por esfuerzos de voluntad de que son incapaces los niños.»

El *surmenage moral* es también otra causa de suma importancia. La neurastenia sobreviene comunmente á consecuencia de disgustos continuos, de reveses de fortuna, de proyectos que fracasan, amores desdichados y de fuertes emociones morales de toda naturaleza, penosas y tristes, sustos, terrores, la pérdida de seres queridos etc., ó agradables como las que producen la música, el teatro y otras cuya acción ha señalado perfectamente Levillain. Entre estas emociones fuertes debe mencionarse especialmente como de grandísimo interés, la pérdida de los seres más queridos como esposos, padres, hijos. Aquí concurren otros factores que traen á su vez el *surmenage físico*. Tomo de Rouveret el ejemplo siguiente que es muy palpable:---«Una madre de familia, pierde en algunos meses á sus tres hijos y á su marido; queda sola con su madre enferma y casi demente. Era rica; especulaciones desgraciadas de su marido, descubiertas después de la muerte de éste, la ponen en una situación precaria, vecina á la miseria. Después de estos acontecimientos trágicos, hace cinco años se encuentra enferma; presenta todos los síntomas cardinales de la neurastenia, está extremadamente enflaquecida, casi caquéctica, y sufre perturbaciones cardiacas de tal manera intensas, que se le ha creído ata-

cada de una afección orgánica del corazón que seguramente no existe.»

El miedo se cuenta entre las causas de neurastenia, lo mismo que el odio y otras emociones depresivas.

En el grupo de las emociones agradables, se considera la música. La música, dicen algunos autores, es enervante del sistema nervioso y así se explica el estado neurasténico en que viven la generalidad de los grandes compositores. A la música se atribuye también una parte de la frecuencia de la neurastenia en los grandes centros adonde puede gozarse bastante seguido de ese placer.

El teatro puede considerarse igualmente como otra causa y de una manera especial, la representación de las tragedias. Es debida quizá á la acción de la tragedia griega, la abundancia de los síntomas neurasténicos observados por Hipócrates entre sus contemporáneos.

Como excitaciones agradables, pueden considerarse también las que dependen del uso de ciertos excitantes como el café, el té y el alcohol y de ciertos medicamentos como el éter, la cocaína y la morfina. No se conoce, propiamente hablando, ningún caso de neurastenia alcohólica ó cocáinica, pero está fuera de duda que el abuso inmoderado de estas sustancias, es una causa de agotamiento del sistema nervioso y por consiguiente, viene á constituir en los individuos neurópatas, una predisposición. Krishaber atribuye á la acción del té y del café, una gran parte en la producción de esa forma de neurastenia á la que llama *neuropatía cerebro cardiaca*. Ha encontrado que casi todos sus enfermos habían abusado de esos excitantes y algunos también del tabaco.

El *surmanege* genital se ha invocado como causa de neurastenia. Beard consagra una monografía á esta variedad de neurastenia que denomina neurastenia sexual; sin embargo, Mathieu hace observar que si es cierto que los excesos sexuales originan indudablemente el agotamiento nervioso, estos excesos se presentan sobre todo en individuos neurópatas, y por tanto, predispuestos á la neurastenia. Estas ideas parecen admitidas por la mayor parte de los autores.

Los excesos genitales más peligrosos son los excesos contra natura y así es común esta enfermedad en los pederastas.

Tenemos en seguida el *surmenage* sensorial. Todas las excitaciones prolongadas y variadas de los distintos sentidos, producen una conmoción del sistema nervioso y pueden de ese modo predisponer á la neurastenia. Se ha observado la influencia nefasta de las comidas muy variadas excitando y perturbando el sentido del gusto; los perfumes penetrantes é irritantes, perturbando el olfato y así sucesivamente se puede decir otro tanto del oído, de la vista y del tacto.

El *surmenage muscular* es de los más evidentes en la etiología de la enfermedad que nos ocupa. Sabemos muy bien que el sistema muscular está bajo la dependencia directa del sistema nervioso y que por consiguiente, la fatiga de uno, repercute sobre la del otro. Hay ejemplos claros de neurastenia, desarrollados por excesos del trabajo muscular. Levillain (1) cita uno; no obstante, hay divergencia de opiniones respecto al papel de esta causa,

(1) La neurasthenie. Maladie de Beard. p. 41 (1891.)

y Mathieu, por ejemplo, conceptúa que es incapaz de influir por lo menos de un modo tan marcado. Creo que es muy lógico lo que asienta Levillain, pues se funda en la fisiología; sinergia del funcionamiento de los sistemas nervioso y muscular.

Llegamos á otro punto que ha sido muy discutido, ¿el traumatismo puede desarrollar la neurastenia? Se ha observado muchas ocasiones que á consecuencia de los grandes accidentes de ferrocarriles ó de otra naturaleza, algunas personas han presentado trastornos nerviosos múltiples, que se consideraban como histéricos por unos, como neurasténicos por otros. Parece hoy, bien definida esta cuestión, admitiéndose, que primero, los síntomas son simplemente neurasténicos, para formar, uniéndose á los histéricos que aparecen después, la combinación que se ha llamado histero-neurastenia.

Vamos ahora á considerar la influencia de la edad y del sexo. La neurastenia es excepcional en la infancia pues la variedad que en ella se manifiesta es la hereditaria de Charcot, que según veremos después, no debe admitirse como tal; la neurastenia es más bien una enfermedad de la edad adulta, pero puede presentarse también en la vejez y en la adolescencia.

Respecto al sexo, se creía antiguamente que la neurastenia como la histeria, no se observaba en el hombre; sabemos hoy, que tanto una como otra son casi igualmente frecuentes en ambos sexos, siendo digno de mención el hecho de que la neurastenia parece revestir mayor gravedad en el sexo masculino.

Existe, por último, un grupo de causas de cierta impor-

tancia y es el de las enfermedades infecciosas. Se han visto neurastenias después de la fiebre tifoidéa, de la neumonía, etc. Se les designa con el nombre de neurastenias de *convalescencia*.

Solo mencionaré que algunos autores consideraban á ciertas afecciones gástricas como causas de neurastenia; pero de las discusiones emprendidas para esclarecer este punto, resulta que las afecciones gástricas, y en particular la dispepsia, son efecto de la neurastenia.

PATOGENIA

Tres teorías se han emitido para explicar el desarrollo de la neurastenia. La teoría mecánica de Glénard, la teoría química de Bouchard y la teoría nerviosa de Beard y Feré.

La teoría mecánica consiste, en pocas palabras, en suponer como origen de la enfermedad, á ciertos trastornos en la estática de los órganos abdominales y sobre todo del intestino; hay lo que Glénard llama *enteroptosis*, aunque en realidad concede á esta palabra un sentido más general que abarca las *esplacnoptosis*. Según Glénard, se desalojaría primero el estómago que á su vez arrastra al intestino (sobre todo al colon); desalojados estos órganos, tienen que funcionar mal; se perturba la digestión; el individuo, víctima de estos accidentes, no puede alimentarse bien, y en último análisis, el enflaquecimiento que resulta de una nutrición insuficiente, conduce á las perturbaciones neurasténicas. El mismo autor divide la evolución de los accidentes en tres periodos: 1° *Periodo gástrico* que corresponde á la *atonía gástrica* ó á las perturbaciones

de contracción del estómago, provocadas por la dislocación del colon: 2° Un *periodo meso-gástrico* que corresponde á la *gastroptosis*, que se realiza cuando el estómago ha cesado de resistir á las condiciones de prolapsus creadas por su conexión con el colon transverso. 3° Un *periodo neurasténico* que es el de la *hipotensión abdominal*, que sobreviene cuando la nutrición está comprometida, cuando bajo la influencia de una alimentación reducida, el enflaquecimiento se acentúa, el estreñimiento se hace tenaz, las secreciones digestivas disminuyen y que las ~~asas~~ intestinales más pesadas y más mal sostenidas, cada día presentan una retracción mayor (enteroestenosis) y están prolabadas (enteroptosis).»

Glénard cita en apoyo de su teoría, algunos signos importantes que se obtendrían por la exploración bien hecha del mesogastrio en un neurasténico tipo. Estos signos han sido investigados con toda minuciosidad por Féreol y Dujardin-Beaumetz, quienes confiesan no haberlos encontrado nunca.

La teoría de Glénard es inadmisibile. Desde luego, la secuela que asienta, no es la más común. En el mayor número de casos y tratándose de la neurastenia típica, los primeros síntomas que se manifiestan son la cefalea, el insomnio y la astenia muscular antes que ningún síntoma abdominal. Por otra parte, cuando los accidentes dispepticos parecen mostrarse al mismo tiempo, es fácil, por un interrogatorio detallado y minucioso, llegar á descubrir que fueron precedidos de otros síntomas como la cefalea, que por el hecho de haber sido poco marcada, ha pasado inadvertida para el paciente ó bien esos acciden-

tes pueden ser concomitantes. Por último, cuando en realidad los accidentes de que hablamos, son los primeros ¿porqué no considerarlos, dice Levillain, como la primera manifestación de la neurastenia que más tarde deberá traducirse por síntomas nerviosos cerebrales y medulares?. Creo que esta interpretación no es forzada, puesto que el estómago y el intestino dependen directamente del sistema nervioso.

TEORÍA QUÍMICA DE BOUCHARD

Para Bouchard el punto de partida de los accidentes estaría en el quimismo estomacal, dilatación del estómago, retención de alimentos que sufren fermentaciones múltiples, auto-intoxicación por estos productos, trayendo los fenómenos neurasténicos; tal es la evolución de los accidentes, según Bouchard. Un gran número de enfermedades se han atribuido á las auto-intoxicaciones y la neurastenia no hace excepción alguna; sin embargo, la teoría de Bouchard no resiste á las objeciones hechas á la anterior. En efecto, la dilatación del estómago se presenta generalmente en los últimos periodos de la neurastenia. Antiguamente se le creía muy común; pero esta creencia era un error dependiente de los procedimientos de exploración entonces imperfectos. Por otra parte, existen muchas personas con dilatación del estómago, en las que hay fermentaciones activas y que nunca han presentado el menor síntoma neurasténico.

TEORIA NERVIOSA DE BEARD Y FERÉ

Una serie de experiencias emprendidas por Feré, con diversos instrumentos de precisión como el dinamógrafo, el pletismógrafo, el galvanómetro, etc., lo han conducido á formular esta proposición: «En tésis general, toda excitación nerviosa determina un movimiento, un estado dinámico del que parecen participar todos los elementos contráctiles del organismo.»

De estas experiencias, Beard y Feré han desprendido su teoría. Cualesquiera excitaciones ya sean intelectuales, morales, sensoriales ó físicas, que se sucedan de una manera continuada, producen una conmoción de todas las actividades vitales del organismo, dice Levillain, y como el sistema nervioso es uno de los que más sufren, de aquí que á la larga sobrevenga su agotamiento. No tenemos dificultad en aceptar esta teoría como la que más se adapta en el estado actual de la ciencia, para explicar el desenvolvimiento de los fenómenos neurasténicos, si nó en todos los casos, sí, en la gran mayoría de ellos.

SINTOMATOLOGIA

Llegamos á un punto importante de la neurastenia, cual es el de su sintomatología. Sería prolijo y cansado querer enumerar la multitud de síntomas que pueden presentarse en esta enfermedad, y nos ha parecido conveniente citar los de mayor importancia, de sumo interés para el dignóstico, comenzando naturalmente por los que son más constantes, por los que Charcot ha designado con tanto acierto con el nombre de estigmas de la neurastenia. Seguiremos después la enumeración de los llamados síntomas secundarios y de complicación; pero restringiendo en cuanto sea posible sus detalles, salvo algunos indispensables, pues de otra manera, repetimos, sería bastante cansada la enumeración.

Los estigmas de la neurastenia, son: *la cefalea, el insomnio, la raquialgia, las perturbaciones digestivas, la astenia muscular y las perturbaciones del estado mental*. Algunos autores, entre otros Gilles de la Tourette, colocan entre ellos los vértigos, y Levillain, las modificaciones del sentido genital.

La cefalea es muy frecuente, tanto que Lafosse que ha

hecho un estudio especial de ella, asegura haberla visto mostrarse 44 veces en 45 casos. Esta es una exageración, pues lo que se observa generalmente es que se presenta en las tres cuartas partes de los casos. Reviste muchas modalidades, pero las más comunes, son dos: en una, los enfermos sienten la cabeza comprimida de una región temporal á la otra, como si la tuviesen atravesada por una barra metálica, y en la otra, más común todavía, el dolor se siente en la región occipital y los enfermos experimentan la sensación de llevar un casco muy pesado en la cabeza. Por esta circunstancia, Charcot daba á sus enfermos el nombre de *galeati* (dél latín *galeatus*, el que lleva un casco). Fuera de estas dos formas principales, la cefalea consiste en otras ocasiones en una sensación de vacío, ó simplemente de pesadez en la cabeza. Esta cefalea es casi siempre más marcada de día que de noche y ofrece de notable como la mayoría de los síntomas neurasténicos, calmarse después de las comidas. La cefalea es acompañada en muchos casos de una hiperestesia acentuada del cuero cabelludo. Conocemos una señora neurasténica que tiene este síntoma muy marcado. Las almohadas le molestan mucho y según nos ha contado, le recomendaron hacer uso de un algodón muy fino sacado de un árbol de tierra caliente que vulgarmente se llama *Pochote* (*Eriodendrum tomentosum*); no obstante esto, no encontró alivio en sus nuevas almohadas. En esta señora, la cefalea es más intensa de día que de noche.

La cefalea neurasténica es por regla general, intermitente, pero hay casos en que puede ser constante con variaciones en su intensidad; entonces, es un verdadero su-

plicio para los enfermos. A veces la cefalea puede no existir, sino de un solo lado. La señora que acabamos de citar, la tiene así. Algunas perturbaciones del oído y de la vista se añaden á los accesos fuertes de cefalea.

El *insomnio* constituye el síntoma que quizá agobia más á los enfermos. A este propósito podemos citar á otra señora, que ha agotado toda la terapéutica que se recomienda en estos casos y solo ha podido dormir algo, con fuertes dosis de cloral y bromuro de potasio.

El insomnio no es absoluto; los enfermos después de permanecer algunas horas en su cama, durante las cuales hacen esfuerzos inauditos por dormirse, el sueño se presenta, pero es de corta duración, pues se despiertan al poco rato por haber soñado algo desagradable ó por haber tenido alguna pesadilla. Un carácter de los sueños, digno de mencionarse, es que son siempre sueños pasionales y desagradables. Este fenómeno se explicaría por la teoría de Feré sobre el placer y el dolor, Feré dice: «El placer es el equivalente fisiológico de la fuerza y de la excitación vitales; el dolor es al contrario, la expresión orgánica del agotamiento; es, pues, lógico, que los neurasténicos, que están agotados, tengan sueños que son la expresión orgánica de su estado de debilitamiento fisiológico.»

El insomnio se manifiesta, sobre todo, á consecuencia de trabajos penosos y de vigiliias prolongadas.

Puede suceder que los neurasténicos duerman bien y, no se den cuenta de ello y por último, puede haber casos en que el insomnio nunca se presente.

La *raquialgia* es otro estigma de valor. Como su nombre lo indica, consiste en un dolor que se manifiesta á lo

largo de la columna vertebral. En ciertas ocasiones, se toma por reumatismo. Este dolor se acompaña de hiperestesia en el mismo trayecto, las vértebras son dolorosas á la presión y más particularmente en ciertas regiones como la cervical (en la prominente) y la sacra, de ahí los nombres de placa cervical y placa sacra de Charcot que se les ha dado, ó bien el dolor es en el cóccix, lo que se denomina *coccidinia*.

Hay veces en que los dolores son muy intensos en la parte inferior de la columna vertebral, propagándose á los miembros inferiores, en cuyo caso, no es raro, que mediante un examen ligero, se formule el diagnóstico de *tabes dorsalis*.

Por último, parece que la *raquialgia* y demás fenómenos espinales, son más comunes en la mujer, mientras que los cerebrales lo son más en el hombre.

Las perturbaciones de las funciones digestivas, están caracterizadas por una dispepsia especial, aunque según las observaciones de Mathieu y Rémond, pueden verse en esta enfermedad, todas las variedades de dispepsia.

Mathieu que se ha dedicado á estudiar bastante esta cuestión, describe tres formas de dispepsia, pero estimamos que sería largo entrar en consideraciones tan detalladas. (1) Bástenos señalar los rasgos más notables de esa dispepsia.

Antiguamente, como lo indicamos al hablar de la patogenia, se creía que la dispepsia era el fenómeno primitivo

1. Véase *Neurasthenie (épuisement nerveux)* por el Dr. A. Mathieu (1892)

de la neurastenia; mas hoy ya está definido el punto y se sabe que es síntoma y no causa del agotamiento nervioso.

La forma de dispepsia más común es la llamada *dispepsia flatulenta ó atónica*. Principia á manifestarse después de las comidas. Los enfermos se sienten sumamente molestos; su respiración es dificultosa y tienen necesidad de desabrocharse sus vestidos; hay sensación de plenitud. Se presentan así mismo bostezos muy frecuentes. Durante el período de digestión de los alimentos, los enfermos son atacados de una verdadera torpeza intelectual y de la situd general. Se observan también eructos gaseosos, pero no agrios ni tampoco en relación con los alimentos ingeridos. Este primer período que pudiéramos llamar de la dispepsia, corresponde á una falta de tonicidad de las túnicas contráctiles del estómago. Se ha dicho que no es sino la manifestación en ese órgano de la astenia que ataca á todo el sistema muscular, como luego veremos. En este período pueden presentarse vómitos y dolores estomacales.

El segundo período es ya de orden secundario. Nos ocuparemos de él, en otro lugar.

Aparte de la dispepsia, existen otras perturbaciones de la función digestiva que no son tan constantes, como el aspecto de la lengua que es saburral, ciertas enteritis ó enterocolitis, un estreñimiento tenaz etc. Beard llama la atención acerca de algunas particularidades del apetito y sobre todo de la disminución tan marcada de la sed, que hace que los enfermos, pasen mucho tiempo sin tomar agua ú otro líquido.

Amiostenia. Este estigma consiste en que los enfermos son atacados de una debilidad notable del sistema muscular.

lar; se sienten sumamente cansados, como sucede en estado normal después de una gran caminata. También sienten adoloridos todos sus miembros. La amiostenia se hace notar mucho, cuando los enfermos intentan caminar, sus piernas están flojas, sus rodillas se doblan; esta imposibilidad para la locomoción, hace que los pacientes se entreguen al reposo y abandonen sus ocupaciones. La amiostenia se extiende á los músculos de la vida vegetativa y se cree que á ella se deban las esplacnoptosis que hemos indicado en otro capítulo y que influyendo sobre el estómago, trae la dispepsia neurasténica.

PERTURBACION DE LAS FUNCIONES INTELECTUALES.

Esta perturbación entra igualmente en los estigmas de la neurastenia. Se notan, sobre todo, modificaciones de la memoria. El pintor no encuentra los colores que necesita; el matemático olvida las operaciones que tiene que hacer. Para pronunciar un nombre cualquiera, los enfermos se ven obligados muchas veces á citar tres ó cuatro, antes de llegar al que desean, esto es lo que Beard designa con el nombre de *dislalia neurasténica*. Se observa también que los enfermos olvidan, no solamente los nombres de objetos sino de hechos recientes; hay verdadera amnesia.

Por lo que toca á la inteligencia, hay, dice Levillain, impotencia funcional del cerebro. La atención no se fija convenientemente y esto lleva á los enfermos á abandonar

sus labores, cosa que es, desde cierto punto de vista, provechosa.

Hay también modificaciones del carácter que conducen á la hipocondría neurasténica. En algunos enfermos, llega á presentarse la idea del suicidio.

Por último debemos mencionar la abulia ó sea la indecisión en que permanecen los enfermos, frente á cualquiera determinación que deseen tomar.

VERTIGOS.

Gilles de la Tourette coloca entre los estigmas á los vértigos. La opinión de Sr. Dr. José Terrés, es que ciertamente deben figurar, dada su importancia diagnóstico.

El vértigo neurasténico, tiene rasgos que lo distinguen de los otros vértigos conocidos y que le dan un sello particular. Los enfermos tienen la sensación de un vacío cerebral, su vista se les nubla, el campo visual es atravesado de infinidad de manchas negras y de moscas volantes. Los objetos lejanos y próximos se confunden en un mismo plano y los enfermos sienten que sus piernas sin fuerza, parecen dejarse vencer por el peso del cuerpo. El último fenómeno ocular mencionado, pertenece á la astenopía acomodativa especial de los neurasténicos, astenopía que favorece los vértigos.

Los vértigos se presentan en la mañana cuando los enfermos despiertan.

PERTURBACIONES DEL SENTIDO GENITAL.

Propiamente hablando, no deben considerarse estas perturbaciones como estigma de la neurastenia, pues ni son muy características, ni existen en la generalidad de los casos, se entiende, acompañando á los demás estigmas. Consisten, por regla general, en el sexo masculino, 1° en un periodo de excitación en el que los enfermos tienen á veces hasta priapismo; 2°, un período de depresión, caracterizado por una impotencia más ó menos marcada; los enfermos no pueden efectuar el coito, por falta de erección.

Hay también poluciones nocturnas frecuentes. En el sexo femenino, los dos períodos se manifiestan, pero no son tan notables.

Se ha escrito muchísimo acerca de las perturbaciones genitales en los neurasténicos y sería prolijo hacer siquiera un resumen de esos estudios. Hemos tocado este síntoma sin darle un gran valor, porque no creemos que lo tenga, según lo que hemos consultado.

SINTOMAS SECUNDARIOS.

Los síntomas secundarios son todos aquellos que por sí solos no pueden servir para establecer el diagnóstico de la enfermedad que estudiamos y que se desarrollan en virtud de circunstancias particulares, individuales ó etiológicas. Adquieren valor cuando acompañan á algunos estigmas. Vamos á proceder á la enumeración de los principales,

PERTURBACIÓN DE LOS SENTIDOS ESPECIALES.

VISTA.

Entre las perturbaciones oculares tenemos la congestión de las conjuntivas, que se manifiesta de preferencia en las mañanas, acompañada de ardor en los ojos. Beard refiere el caso de un neurasténico que en ciertos momentos, la congestión de sus conjuntivas era tal, que parecía haber sucedido á un exceso de bebida ó á un enfriamiento.

La pesadez de los párpados es otro síntoma que también se presenta y que se ha atribuido á la manifestación de la astenia, en los músculos palpebrales.

Otro fenómeno ocular es el estado de la pupila. Por regla general, lo que domina es la dilatación habitual, pero cosa importante, esta dilatación es muy variable, así se ven alternativas frecuentes de contracción y dilatación. Existe igualmente desigualdad pupilar en cuyo fenómeno puede observarse la misma irregularidad que en la dilatación, por ejemplo: un enfermo tiene en la mañana, más dilatada la pupila derecha; si se le ve en la tarde ó al día siguiente ya no es la derecha sino la izquierda la que tiene el máximo de dilatación. Este carácter tiene gran valor para el diagnóstico; no podría tratarse de ninguna lesión orgánica de las que traen desigualdad de las pupilas.

Debemos señalar, por último, la persistencia de los reflejos pupilares á la acomodación y á la luz,

La astenopía es otro síntoma secundario. Se ha atribuido á congestiones conjuntivales y retinianas.

OIDO

Las perturbaciones del oído consisten en una verdadera excitabilidad del órgano; los menores ruidos son causa de grandes molestias para el enfermo. Cuando la afección está muy avanzada, hay ocasiones en que los pacientes tienen sensaciones subjetivas como zumbidos etc.

Al igual que las perturbaciones oculares, las del oído se atribuyen á una hiperestesia del nervio auditivo, causada ella misma por trastornos vaso-motores.

Del lado del gusto y del olfato podemos decir lo mismo que de los sentidos anteriores; hay hiperestesia; los enfermos sienten á los alimentos sabores extraños que no tienen y tratándose del olfato, es de notarse la susceptibilidad exagerada á que da lugar en algunos enfermos, á tal punto, que ciertos perfumes ú olores de otro género, han llegado á provocar síncope alarmantes.

APARATO DIGESTIVO.

Dijimos al tratar de la dispepsia neurasténica que el 2º período era de orden secundario. Está constituido

por la dilatación del estómago. Nos encontramos entonces en presencia de todos los trastornos á que da lugar esa dilatación. El poder motor del estómago está notablemente disminuido y se puede apreciar por los diversos procedimientos recomendados en semejante caso como el del salol, el de Leube ú otros análogos.

Clinicamente, la dilatación puede apreciarse de dos maneras principales: ó bien se da al enfermo una sustancia que desarrolle ácido carbónico y que permita de ese modo, limitar el órgano por la percusión (*Proced. de Frerichs*) ó bien se busca el fenómeno del *chapaleo*, por la misma percusión. Para que este último tenga valor, se necesita provocarlo en ayunas ó por lo menos segun M. Audhoui, cuatro horas después de la ingestión de alimentos sólidos y una, después de la última, de bebidas.

SENSIBILIDAD GENERAL.

Las principales modificaciones de la sensibilidad general que se presentan en los neurasténicos, son de naturaleza hiperestésica, más bien que anestésica á diferencia de la histeria en que es lo contrario. Ya han sido señaladas á propósito de los estigmas; son las placas sacra y cervical y la hiperestesia del cuero cabelludo. En ciertas ocasiones, pueden aparecer placas hiperestésicas en otros lugares, en particular en el testículo, los ovarios y la glándula mamaria.

La hiperestesia es, sobre todo, acentuada en el fenómeno del cosquileo.

Se relacionan á la hiperestesia ciertas sensaciones subjetivas como hormigueos, comezones, prurito etc.

Para terminar lo que se refiere á la sensibilidad exagerada, mencionaremos la de los dientes y encías que son muy susceptibles al contacto de alimentos calientes ó frios y lo que se ha llamado el sentido magnético ó meteorológico que transforma, se dice, á los enfermos en verdaderos barómetros. Beard refiere que uno de sus clientes podía anunciar con mucha exactitud, la aparición de una tempestad, doce horas antes, estando el cielo completamente despejado.

Se señalan en la neurastenia, perturbaciones de la sensibilidad profunda, muscular y articular; hay aún algunas veces, dolores intensísimos, fulgurantes, cuya aparición hace creer en el principio del *tabes dorsalis*.

Tenemos también, perturbaciones en la sensibilidad de los troncos nerviosos, los cuales, bajo la influencia de una compresión muy moderada, dan lugar á hormigueos y adormecimientos que en estado normal, solo aparecen por compresiones fuertes y prolongadas.

Perturbaciones de la motilidad.—Aparte de las ya mencionadas á propósito de la amiostenia, se observan algunas otras que Beard coloca en dos grupos: las de naturaleza parética y las de naturaleza convulsiva. Entre las primeras, señala la voz atona que consiste en la debilidad de la articulación de las palabras que se pronuncian con cierta lentitud y con un timbre menos claro; las impotencias funcionales paréticas, que no son sino la misma pare-

sia muscular, pero exagerada y limitada á un grupo de músculos; trae algunas veces como consecuencia la dificultad de los movimientos en el brazo ú otro segmento cualquiera de un miembro al que esté localizada. Por último, hay las parálisis temporales que solo mencionamos, porque en realidad no existen, pues son puramente aparentes.

Entre las segundas tenemos: contracturas, temblores, calambres, contracciones fibrilares etc. que no presentan casi nada de particular.

Consideremos ahora las perturbaciones circulatorias, algunas de las cuales, pueden tener importancia para el diagnóstico. Las palpitations son frecuentes. Se manifiestan por accesos después de una emoción ó después de las comidas. A veces los enfermos se sienten atacados de un gran estado angustioso y creen estar afectados de una enfermedad del corazón. No es difícil que en estas condiciones, algún médico cometa el error y administre medicamentos que sin duda perjudicarán al enfermo como la cafeína, digital y demás tónicos cardiacos.

Se han visto presentar fenómenos de taquicardia paroxística, pero según la opinión más admitida, se trata de una asociación sintomática, más bien que de un síntoma neurasténico.

La angina de pecho es uno de los accidentes que sin duda alguna, agravan el estado de los neurasténicos. Es una angina de las que se llaman falsas, por oposición á las verdaderas, revelantes de una lesión material bien determinada, que no es del caso referir. Sus caracteres son los siguientes: aparece sin causa conocida, sin que haya ha-

bido excitación de las vías respiratorias, ni del estómago ó alguna otra de las que ocasionan la verdadera; tiene una intensidad menor que ésta, los accesos no se acompañan de tanta angustia, son más prolongados y más frecuentes.

Se ha hecho notar la analogía de esta angina con la descrita por Charcot y Marie en los histéricos.

Las modificaciones del pulso, que también se observan, dan al trazo esfigmográfico ciertos caracteres. Beard divide esos trazos en tres grupos: 1° aquellos en que la tensión vascular es normal; 2° aquellos en que hay disminución momentánea de esa tensión, la cual vuelve, bajo la influencia del tratamiento, al estado normal y 3° aquellos en que la tensión es inferior á la normal; sin embargo, lo que más se nota en el trazo, es su irregularidad en las diversas horas del día.

Según Webber, la disminución notable del tono arterial, indicaría que la afección es grave y que resistirá bastante al tratamiento.

Como perturbaciones circulatorias, se citan también, ciertas alteraciones vaso-motoras, por ejemplo, la palidez de las uñas que sería constante.

APARATO RESPIRATORIO.

Se mencionan en este aparato, algunas perturbaciones que son de poca importancia.

Hay por último, lo que se denominan idiosincrasias. Los enfermos, por ejemplo, son muy susceptibles á ciertos me-

dicamentos como el opio que además puede producir efectos contrarios á los que se le conocen, así sucede también para el alcohol y otros excitantes como el té y el café.

SINTOMAS DE COMPLICACION.

A estos pertenecen, casi exclusivamente, todas las fobias ó sean los temores hácia algo que á cada momento asaltaría al enfermo. Entran en el cuadro de la forma hereditaria de la neurastenia descrita por Charcot. Entre estas fobias la más común es la *agorafobia* ó sea el horror á los espacios más ó menos considerables, una plaza pública, una calle desierta por ejemplo. El enfermo poseído de un pánico verdadero, experimenta un temor excesivo en aquellos lugares que por su topografía variable, carecen de abrigo, á su entender. Otros tienen verdadero terror, espanto, en los lugares en que han experimentado emociones desagradables ó los primeros ataques de su mal. Beard cita el caso de un impresor á quien era imposible entrar en una litografía sin experimentar las crisis angustiosas características de esos estados.

Se pueden citar además, la antropofobia que se presenta bajo dos formas: temor á las multitudes ó temor hácia personas determinadas. La monofobia, temor á la soledad en el sentido de aislamiento; Beard cita el caso de algunos americanos que han pagado sumas fabulosas por estar siempre acompañados de una persona en todos sus negocios.

Hay otras muchas fobias como la *patofobia* la *misofobia*, la *ginofobia* etc. etc., que sería cansado enumerar.

SIGNOS OBJETIVOS.

Se consideran entre estos, los caracteres del trazo esfigmográfico, la disminución de la fuerza muscular comprobada con el dinamómetro y las perturbaciones de sensibilidad con el estesiómetro. Es de sentirse que la enfermedad que estudiamos, carezca de signos objetivos claros y que casi todos sean subjetivos. Tal vez con los adelantos progresivos de la anatomía patológica ayudada de la fisiología experimental, se lleguen algún día á encontrar las lesiones materiales de esta entidad nerviosa.

DIAGNÓSTICO.

Solo me ocuparé en el diagnóstico de la neurasténia adquirida, pues el de la hereditaria sería difícilísimo una vez que como hemos mencionado en otra parte, esta forma se confunde, ó mejor dicho, abarca estados muy diversos, relacionados, las más veces, con degeneraciones cerebrales.

El diagnóstico lo dividiremos en directo y diferencial. Respecto al primero, sus principales fundamentos, en nuestra opinión, deben ser: los estigmas, la evolución de la enfermedad y la etiología. Si un individuo presenta todos, ó la mayor parte de los estigmas de esta afección, bien comprobados, si fijándose en algunos otros síntomas, se nota en su evolución, esa irregularidad propia de la neurastenia y si por último, la enfermedad, que aqueja al paciente reconoce por origen cualesquiera de las causas múltiples que agotan el sistema nervioso y traen el *surmenage*, en ese caso, hay muchas probabilidades para creer que la persona está atacada de neurastenia.

Parece que el diagnóstico de la neurastenia es muy sencillo; pero no es así y precisamente allí se encuentra la justificación de los numerosos errores cometidos, cuando por predominar en el cuadro sintomático, algun estigma, ú

otro síntoma, se diagnostica un padecimiento extraño. Acontece en efecto, con frecuencia, que sobresale por su intensidad, algún síntoma de los señalados y entonces es preciso valorizarlo y estudiar el caso con mucho detenimiento para no cometer un gran error.

Entre los estigmas, dan lugar á confusiones, la cefalea, los vértigos y algunas veces la dispepsia.

La cefalea sifilítica podría imponerse como neurasténica; pero fijándose un poco, se reconocerá que no es una cefalea en casco (forma más común de la cefalea neurasténica); que tiene sus exacerbaciones nocturnas y que además es acompañada de los síntomas correspondientes al período de la sífilis en que se presenta (2º ó 3º período).

La cefalea urémica, no debe dar lugar á confusión y creemos que es inútil insistir en ella.

En cuanto á los vértigos, el neurasténico se distingue del de Menière, con el que podría confundirse, por los caracteres que hemos asentado; sensación de vacío; en que no hay caída y en que á diferencia de este último, no hay debilidad de la función auditiva.

Por lo que toca á las perturbaciones dispépticas, son difíciles de distinguir de otras de distinta naturaleza, pues hemos visto que según algunos autores, podían presentarse, en esta afección, todo género de dispepsias.

Hay dos enfermedades que pueden prestarse á confusión con la neurasténia, son: la histeria y según Gilles de la Tourette, la parálisis general en sus principios.

Para la histeria, hay que tener muy en cuenta, los estigmas, psíquicos y físicos. Entre los primeros, tres son los que dominan en el histérico; la falta de voluntad; una ima-

ginación desenfadada y una credulidad muy grande. En los estigmas físicos, son notables, las perturbaciones de la sensibilidad, hemianestesia ó anestesia total al tacto, dolor y temperatura; el estrechamiento del campo visual y las perturbaciones motoras. Es necesario atender también para este diagnóstico á la etiología. Se debe confesar que algunas veces es difícilísimo distinguir una de otra estas dos enfermedades.

A primera vista, parece increíble que la parálisis general en sus principios, se confunda con la neurastenia y sin embargo, ha sucedido esta confusión. Gilles de la Tourette cita en su publicación «Les états neurastheniques,» un caso palpable, é insiste en tener muy presente la posible equivocación, para evitarla.

Como síntomas importantes para el diagnóstico, tenemos dos: el estado de las pupilas y las modificaciones de los reflejos rotulianos. Respecto al primero, ya se ha hecho notar que están dilatadas y desiguales en la neurastenia, pero que esta desigualdad y dilatación son excesivamente variables de un momento á otro, lo que es, su característica; mientras que en la parálisis general, esos fenómenos son constantes.

En la neurastenia, hemos dicho, hay persistencia de los reflejos pupilares á la luz y á la acomodación; en la parálisis general, no existe el reflejo acomodativo.

En cuanto al estado de los reflejos rotulianos, hay en la neurastenia poca alteración y si acaso están un poco exagerados. En la parálisis general sí son muy exagerados. Gilles de la Tourette llama la atención acerca de un carácter importante que tienen y es que son desiguales; así el

derecho estará mucho más exagerado que el izquierdo ó viceversa.

Otro síntoma, el temblor, puede ayudar algo al diagnóstico.

Por último; sucede á veces que se debe esperar la evolución para establecer el diagnóstico.

FORMAS CLINICAS DE LA NEURASTENIA.

En el capítulo de la sintomatología, nos hemos fijado en la descripción de la forma cerebro-espinal, que es la típica; pero existen otras variedades clínicas, que es útil conocer. Las principales son: la *hemineurastenia*; la *cerebrastenia*, la *mielastenia*, la neurastenia *cerebro-gástrica*, la *neurastenia cerebro-cardiaca* ó sea la *neuropatía cerebro-cardiaca* de Krishaber y la neurastenia sexual de Beard.

La hemineurastenia.—Es simplemente la forma común con predominancia de los síntomas, de un solo lado del cuerpo; cefalea unilateral, debilidad de los miembros de un solo lado etc., etc.

La cerebrastenia.—Es aquella en que predominan los síntomas cerebrales; la cefalea es casi constante y siempre muy intensa; el insomnio muy marcado; las perturbaciones de la memoria llegan á su máximo, etc. Esta forma se complica con bastante frecuencia de perturbaciones gástricas; los fenómenos espinales casi no existen. Esta variedad, frecuente en los individuos de un tra-

bajo intelectual excesivo, se presenta naturalmente en los sabios, artistas, financieros y otros de ocupaciones análogas.

Mielastenia.—Es aquella en que se hacen notar por su gran intensidad, los accidentes espinales; la raquialgia es dominante, la hiperestesia de la región espinal, está muy desarrollada. Esta forma se acompaña algunas veces, de dolores en los miembros inferiores muy parecidos á los fulgurantes, lo que ocasiona una confusión con el *tabes dorsalis*. La inteligencia se conserva muy bien y los demás fenómenos cerebrales apenas están iniciados.

Neurastenia cerebro-gástrica.—Esta es la variedad clínica más común de la neurastenia; es aquella en que se presentan los fenómenos gástricos, en particular la dispepsia con tal acentuación, que es á veces capaz de ocultar á los demás síntomas, dando lugar á que se piense en una enfermedad especial del tubo digestivo. Por otra parte, la neurastenia puede manifestarse primeramente, por perturbaciones gástricas, antes de que aparezcan los demás síntomas de la enfermedad. En estos casos el diagnóstico es difícil.

En cuanto á la forma cerebro-cardiaca, no hacemos sino mencionarla, por que su descripción detallada, puede verse en cualquier tratado de Patología interna.

NEURASTENIA SEXUAL.

Beard ha publicado una monografía sobre esta variedad

de neurastenia en su concepto, muy importante. Está caracterizada principalmente por la predominancia de los síntomas del lado del aparato genital, que en el hombre da lugar ya sea al priapismo ó á una verdadera impotencia. Va unida á dolores en los testículos ó en los ovarios y á hiperestesia de la región genital, que se traduce por espermatorrea y leucorrea.

VARIETADES ETIOLÓGICAS.

Vamos á fijarnos solamente en tres: la forma hereditaria de Charcot, la neurastenia traumática y la histero neurastenia.

Charcot divide la neurastenia en dos formas principales: la forma adquirida y la forma hereditaria ó constitucional. Según la opinión del Sr. Dr. Terrés, solo debe aceptarse como neurastenia real, la forma adquirida de que nos hemos ocupado en el transcurso de este trabajo. Razones poderosas obligan á desechar como verdadera neurastenia, la segunda forma de Charcot; en efecto 1º; carece de algunos estigmas característicos de la neurastenia 2º, presenta fenómenos cerebrales, como las fobias, obsesiones etc. etc., que por su naturaleza y en su mayor parte debidas á degeneraciones ó alteraciones materiales de los centros nerviosos, deberían ser comprendidas en un grupo de afecciones de otro origen; y 3º dada la distinta etiología, simple agotamiento nervioso por una parte, heren-

cia como causa principal por la otra, el pronóstico, de un carácter completamente opuesto en ambos casos, benigno en uno, grave en otro, es en nuestro concepto, el mejor rasgo, que definitivamente autoriza la separación de ambas formas.

La neurastenia traumática, es la que reconoce por causa, como lo indicamos al hablar de la etiología, los traumatismos más ó menos bruscos, grandes descarrilamientos, derrumbes, catástrofes etc. No presenta nada de particular; es una neurastenia común y corriente y solo se señala la forma especial de los sueños, en que los enfermos ven reproducidas las escenas terribles de que fueron víctimas. Esta forma es muy rebelde al tratamiento.

Muy á menudo acontece, que después de los grandes traumatismos sobreviene la tercera forma que hemos mencionado, la *histero-neurastenia*. Los primeros síntomas son neurasténicos, más tarde aparecen los histéricos, y aquí tenemos que señalar las modificaciones de los sueños; el enfermo tiene primero sueños que son neurasténicos, que se relacionan á los asuntos de su profesión, ó que pintan el accidente traumático. Más tarde la complicación histérica les da un carácter nuevo; los enfermos ven animales extraños y feroces (como en el sueño alcohólico) y último rasgo, que es muy curioso, los animales de que se trata, se aparecen al enfermo constantemente del lado hemipléjico.

La histero-neurastenia se ha observado también por choques morales.

EVOLUCION Y PRONOSTICO.

Dos caracteres, dice Levillain, se pueden considerar como especiales en la evolución de la neurastenia, y son los siguientes: la variabilidad é irregularidad de todos sus síntomas, que hacen que la enfermedad presente en su curso altas y bajas, remisiones y exacerbaciones notables y el paralelismo con que marchan todos esos síntomas, de tal modo, que se acentúan ó se alivian á la par.

La marcha de la neurastenia, á pesar de su irregularidad, puede sin embargo dividirse en tres periodos: prodrómico, de estado y terminal, advirtiéndose, por supuesto, que esta enfermedad no tiene ciclo definido, siendo su marcha esencialmente crónica.

Período prodrómico.

En este período, los enfermos comienzan á sentir algunas molestias que más tarde se harán claras, para constituir en parte el cuadro de la enfermedad. Hay ya cefalea poco marcada, insomnios y una que otra perturbación disléptica.

Período de estado.

Este está caracterizado, porque en él, es donde se encuentran todos los fenómenos propios de la neurastenia bien diagnosticada; sobre todo, los estigmas, los cuales van apareciendo de un modo irregular, y también porque es en el que se observan, más claramente, esas alternativas de agravación y alivio que ha señalado Livillain.

Período terminal.

Si la terapéutica no ha intervenido, podrá sobrevenir el tercer período, en el que los síntomas han llegado á su máximo; el estómago se ha dilatado, la nutrición no se hace bien, el enfermo enflaquece, se pone pálido, sus fuerzas decaen completamente y no es difícil que en estas condiciones el desenlace fatal termine con sus días.

La duración de la enfermedad es muy larga.

El pronóstico, en tésis general, es benigno. No nos referimos á la forma constitucional ó hereditaria, porque en ella, el pronóstico, al contrario, es grave. Ya hemos hecho resaltar esto, porque es la línea de separación más clara que existe entre las dos formas, según la opinión del profesor Terrés. El neurasténico verdadero, sometido á un

tratamiento conveniente, cura; el neurasténico hereditario se aliviará, pero es muy difícil que cure.

Circunstancias que influyen en el pronóstico.

La predominancia de algunos síntomas, trae variaciones en el pronóstico; así tenemos las perturbaciones gástricas que pueden llegar á la dilatación del estómago con todas sus consecuencias. El insomnio, es de los síntomas comunes, el que ofrece mayor rebeldía al tratamiento, y por tanto da al pronóstico cierta severidad. Cuando por medio de un tratamiento apropiado, el insomnio desaparece, el pronóstico se modifica relativamente.

Otros síntomas que agravan el pronóstico son los del aparato genital cuando hay predominancia de ellos.

Hay, por último, ciertos factores de orden etiológico que imprimen al pronóstico algún carácter de gravedad, y son: el traumatismo y la herencia. Ya se ha indicado el aspecto de marcada tenacidad que presentan la neurastenia traumática y la histero-neurastenia. Al tratar de la herencia, hemos dicho que la forma á que da lugar y que no debiera llamarse neurastenia, es de pronóstico sumamente grave.

TRATAMIENTO.

Podemos sentar como proposición general del tratamiento, la siguiente: todos los medios, cualesquiera que ellos sean, que tengan por base suprimir las causas del agotamiento nervioso, son capaces de curar la neurastenia.

Lo primero que hay que hacer es sustraer al enfermo de las ocupaciones que han producido el agotamiento, el cansancio del sistema nervioso. Logrado esto, los demás medios aconsejados, son secundarios; pero sin embargo de gran utilidad como adyuvantes, tales son por ejemplo, el régimen alimenticio; los alimentos deben ser de fácil digestión; se recomendará al enfermo que los tome á las mismas horas todos los días, etc., etc. La hidroterapia ha gozado de cierta fama en el tratamiento de la neurastenia. Creo que debe prescribirse, bajo la forma de baños de regadera, fríos y duchas también frías. Según un profesor mexicano, el agua fría hace mal á los enfermos en vez de aliviarlos y recomienda únicamente baños de esponja.

Se ha aconsejado la electricidad en sus múltiples variedades y se dice que da brillantes resultados. El Sr. Dr. Nicolás Ramírez de Arellano, me ha referido que la ha usado en varios enfermos, bajo la forma de electricidad está-

tica; pero que siendo la enfermedad de larga duración, se necesitan aplicaciones que duren varios meses y que no siempre los enfermos tienen la suficiente fuerza de voluntad para someterse á tratamiento tan prolongado.

Se han recomendado también los viajes, el cambio de clima, las estaciones balnearias, etc. Como dice el Dr. Terrés, influyen no por sí mismos, sino porque constituyen distracciones para el enfermo, y al mismo tiempo lo alejan de sus trabajos.

Otro punto importante, es el tratamiento sintomático. Se tratará el insomnio por las preparaciones de opio, por el cloral, sulfonal, trional, etc., teniendo cuidado de interrumpir, de cuando en cuando, la medicación para evitar la costumbre, en particular, la de la morfina.

Se atenderá la dispepsia, prescribiendo los amargos, la nuez vómica, la genciana, el colombo, y por los alcalinos agua de Vichy y otros.

La cefalea se combatirá por medio de la antipirina, de la exalgina, etc., y así sucesivamente se irán tratando los demás síntomas.

Por último, se ha alabado mucho la sugestión hipnótica, que se debe desechar, porque como dice Levillain, es otra causa de agotamiento nervioso.

Hay, en fin, tratamientos quirúrgicos, como la castración ovariana ó útero-ovariana que creemos absolutamente sin fundamento hoy, y que ya no debieran figurar en el tratamiento de esta enfermedad.

Adolfo S. Aguirre.