IV

El estudio fisiopatológico del hipo histérico ha sido objeto de raras investigaciones, distinguiéndose las de Raymond y Janet por su carácter experimental y su criterio psicológico. Esos colegas no arriban á conclusiones definitivas y generales, por tratarse de un caso particular de hipo combinado con otros accidentes histéricos respiratorios; conviene, pues, referir el resultado de las investigaciones psicológicas y experimentales realizadas mediante la sugestión hipnótica, con la cooperación del Dr. Valentín De Grandis, ex-jefe del laboratorio de Fisiología de la Facultad de Medicina. Algunos de éstos fueron ya publicados por nuestro distinguido colega el Dr. Jorge Augarde, que utilizó el presente caso como tema de su tesis universitaria (1).

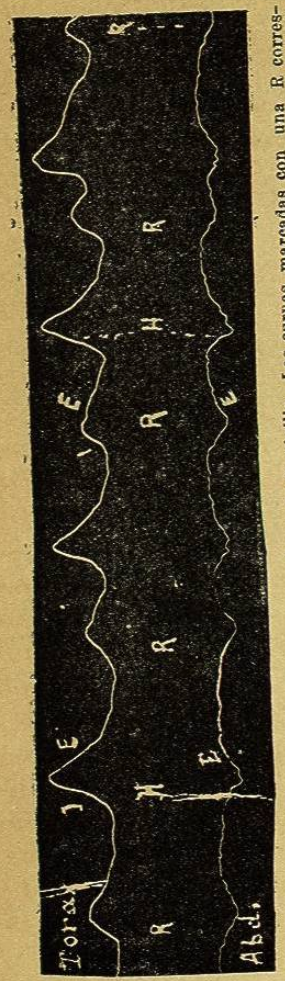
En el hipo histérico encontramos los siguientes factores constitutivos, cuyas perturbaciones conviene estudiar detenidamente:

Contracción espasmódica del diafragma, inspiración rápida y sacudida incompleta de las paredes torácica y abdominal; acompaña á esa contracción del diafragma un ruido laríngeo sonoro é inarticulado. A estos distintos actos constitutivos del hipo suceden una relajación del diafragma y una expiración, normales.

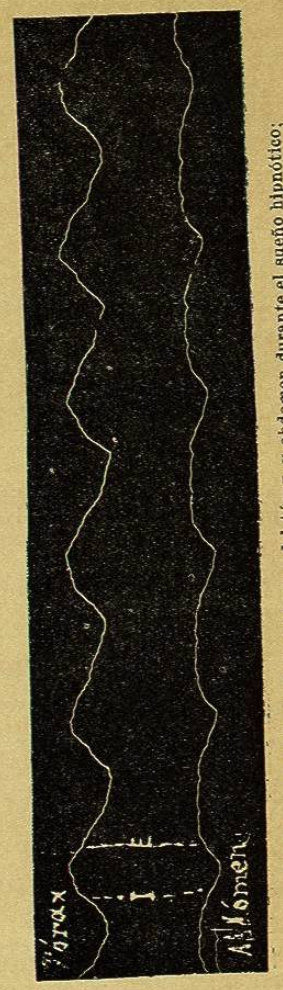
La contracción del diafragma, que se verifica de manera lenta y progresiva en la respición normal, se caracteriza en este caso por ser brusca é involuntaria, provocando el rechazo violento de los órganos contenidos en la parte superior del abdomen, transmitiéndose á la pared abdominal y produciendo su sacudida, como también de la pared torácica, debida á la penetración brusca del aire, determinada por esta contracción. En efecto, en el trazado número 1, la línea de ascenso I, correspondiente á la expansión inspiratoria del tórax, es casi vertical: en cambio, en la inspiración normal, esta línea es mucho más inclinada, llegando á su máximum de manera gradual y progresiva, como se comprueba en el trazado N.º 1.

(1) Jorge Augarde—«Hipo histérico».—Tesis, Buenos Aires, 1903.

Otro hecho puede constatarse observando los trazados: el hipo no coincide siempre con la inspiración, como sostienen Moreau y otros neurólogos que se han limitado á repetir su afirmación; sobre el trazado Nº 1, en algunas respiraciones el tic del diafragma se produce durante la expiración; así, mientras las curvas H corresponden á movimientos respiratorios, en los cuales la línea de ascenso indica una inspiración simultánea con una contracción, las curvas R corresponden á contracciones que se han disociado de estas respiraciones; en las curvas R la línea ascendente I corresponde á una inspiración normal no acompañada de hipo, y la línea descendente E, á una expiración igualmente normal; inmediatamente después aparece una curva H, más elevada que las anteriores y correspondiente á un hipo, alejando, por tanto, el movimiento respiratorio que le seguía, pues la convulsión diafragmática determina forzosamente una inspiración. Existe, por consiguiente, una disociación entre el fenómeno patológico *hipo* y el fenómeno fisiológico *res-*



N.º I.—Movimientos del tórax y abdomen en el estado de vigilia. Las curvas marcadas con una R corresponden á una respiración normal sin hipo; las señaladas con una H corresponden á una convulsión brusca del diafragma. I: inspiración; E: expiración.



N.º II.—Movimientos respiratorios del tórax y abdomen durante el sueño hipnótico; I: inspiración; E: expiración

piración. En otras palabras, el ritmo del hipo es independiente del ritmo respiratorio.

Sin embargo, en general, las contracciones del diafragma, aisladamente consideradas, tienden á producirse con un ritmo concordante con el propio de los movimientos respiratorios. Ese hecho se constata perfectamente en los enfermos de hipo continuo ó remitente; en nuestro caso de accesos de hipo, en forma paroxística, el ritmo rápido del hipo se adaptaba también á la precipitación dispneica del ritmo respiratorio. Pero este hecho no depende de ninguna circunstancia fisiológica inherente al tic mismo; es un fenómeno de adaptación funcional inconsciente, por el cual la histérica acomoda el hipo á su respiración, siguiendo la tendencia natural que lleva á ejercer las funciones con el menor esfuerzo posible. Pero si hacemos modificar por cualquier procedimiento el ritmo respiratorio, acelerándolo ó retardándolo, el hipo y la respiración se disocian; así se explica que un hipo, generalmente producido en el comienzo de la inspiración, puede producirse en su momento máximo ó en su fin, y en ciertos casos coincidir con la expiración.

La experiencia es sencilla. Los movimientos respiratorios pueden ejecutarse voluntariamente, alterando el ritmo propio de su automatismo; el hipo continúa con su ritmo propio, demostrando que la respiración y el hipo se disocian. Lo mismo ocurre suspendiendo los movimientos respiratorios: persiste el hipo y cesa la respiración. Esta experiencia es fácil de repetir, ocluyendo la boca y la nariz de la enferma.

BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
UNIVERSIDAD DE NUEVO LEON

Tenemos, pues, estos hechos claramente demostrados:

1.º El centro funcional del hipo es independiente de los centros de los movimientos respiratorios de la corteza cerebral (respiración voluntaria).

2.º El centro funcional del hipo puede adaptar su ritmo al ritmo de los centros respiratorios del bulbo (respiración automática).

3.º El ritmo del centro funcional del hipo es automático y ageno á la voluntad.

La experimentación clínica, mediante el hipnotismo, permite avanzar en el estudio fisiopatológico del hipo histérico.

En su primera visita, en el consultorio externo, nuestra enferma fué hipnotizada; parecía imposible dormirla: por el método de la fijación ocular la enferma resistió más de 15 minutos. Se apeló entonces al método de Braid, fijación de un cuerpo brillante, un alfiler de corbata en este caso; en 3 minutos la enferma durmió, desapareciendo el hipo después de 2 ó 3 movimientos respiratorios, quedando la enferma sumida en sueño completamente tranquilo; la desaparición del hipo confirmó dos cosas:

1º El sueño hipnótico era real y profundo.

2º El hipo solo podía ser histérico, pues una de las características de los accidentes respiratorios de origen histérico es desaparecer durante el sueño, sea éste natural ó hipnótico.

Al despertar reapareció el hipo, sin que la hipnosis hubiese influido sobre sus manifestaciones.

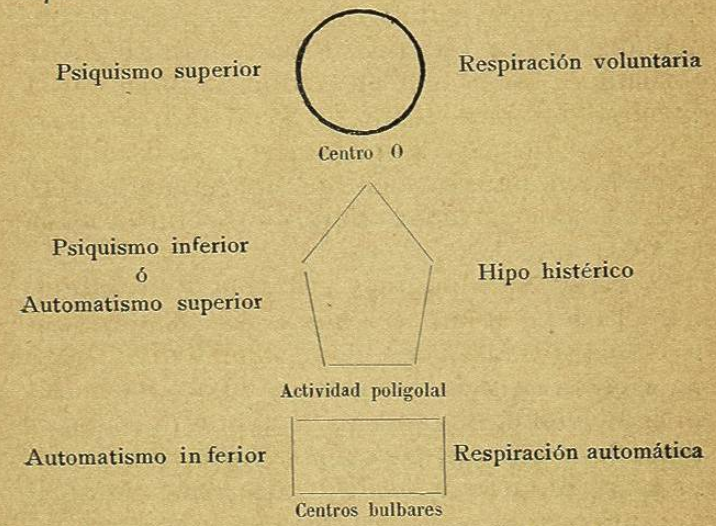
Ese resultado de la hipnosis invierte, aparentemente, la disociación obtenida por la arritmia respiratoria voluntaria; cesan las contracciones automáticas del hipo, persistiendo los movimientos respiratorios automáticos.

He aquí nuestra explicación fisiopatológica de esas dos formas disociativas de los movimientos respiratorios, voluntarios y automáticos. (Véase en el Cap. II el esquema del psiquismo, según Grasset).

1.º Los movimientos respiratorios *voluntarios*, son propios del *psiquismo superior*, del centro O de Grasset.

2.º Los movimientos del diafragma durante el hipo son poligonales, propios del *psiquismo inferior* ó *automatismo superior*.

3.º Los movimientos respiratorios *automáticos* son bulbares, propios del *automatismo inferior*.



Habitualmente.—El hipo histérico adapta su

ritmo al de la respiración automática. *La actividad poligonal concuerda con la actividad bulbar.* El psiquismo superior no funciona; el automatismo superior es sinérgico con el inferior.

Disociación voluntaria.—El psiquismo superior reemplaza al automatismo inferior en la dirección de los movimientos respiratorios. La actividad poligonal conserva su ritmo automático, no obstante las arritmias voluntarias de la respiración.

Disociación en el sueño y la hipnosis.—El ritmo de los movimientos respiratorios depende del automatismo inferior, de la actividad bulbar. El psiquismo superior (centro O) y el psiquismo inferior (polígono) no funcionan; el hipo está suspendido mientras el psiquismo duerme.

Las disociaciones del psiquismo y del automatismo, que acabamos de dilucidar, se corroboran indirectamente por los resultados negativos de algunos tratamientos que se proponen combatir el hipo alterando el ritmo respiratorio automático: todas las formas de respiración artificial. Las «tracciones de la lengua», ya se las practique á mano ó con el tractor rítmico automático de Laborde; las inspiraciones profundas, sean voluntarias ó por maniobras mecánicas; la aceleración, el retardo y la suspensión misma de los movimientos respiratorios, solo consiguen modificar á éstos, sin alterar el ritmo propio del hipo histérico. (Cuando esos procedimientos dan buenos resultados terapéuticos la maniobra mecánica actúa por sugestión).

¿Dónde localizaremos el hipo histérico? Toda contracción muscular, en general, puede localizarse en los músculos, en los nervios, en la médula, en el bulbo ó en la corteza.

Pero estamos en presencia de un tic histérico, movimiento muscular caracterizado por ciertos rasgos especiales que excluyen todas esas localizaciones, menos una.

Un sindroma funcional no puede localizarse en los músculos ni en los nervios.

En la médula solo hay movimientos reflejos inferiores, incapaces de presidir un sindroma funcional complejo, como es el hipo; esas funciones pertenecen á la actividad refleja superior ó automatismo inferior (bulbo), á la actividad psíquica inferior ó automatismo superior (polígono), y á la actividad psíquica superior (centro O).

Los movimientos propios del automatismo bulbar no cesan durante el sueño; luego el hipo histérico no es bulbar.

La actividad del centro O es voluntaria; el hipo histérico es ageno á la voluntad. Luego no es un modo de funcionamiento del psiquismo superior.

Siendo independiente de la voluntad (condición propia del automatismo superior), cesa durante el sueño (condición propia del psiquismo inferior). Luego es un acto poligonal.

En suma, por el estudio de su mecanismo fisiopatológico, podemos definirlo como sigue: *es un tic histérico del aparato respiratorio, que exterioriza la actividad poligonal propia del psiquismo inferior, realizando el sindroma funcional correspondiente al hipo.*