IV

Las dos corrientes que disputan acerca del concepto y la patogenia de la histeria, se fundan sobre observaciones igualmente exactas; los defensores de cada una pretenden destruir los hechos que fundamentan la contraria, esforzándose por oponer los unos á los otros, considerándolos contradictorios.

Nosotros, haciendo labor sintética y no teniendo que defender apriorismos de escuela, consideramos que los hechos aducidos por las teorías psicológicas y por la fisiológica, aunque á menudo diferentes, no son siempre contradictorios, nunca excluyentes, rara vez antitéticos.

Como resultado de nuestra labor de investigación crítica, y de no escasa experiencia clínica y terapéutica, creemos poder afirmar, con absoluto eclectismo, las siguientes conclusiones científicas, de valor esencial en el estudio de este problema:

- 1.ª Hay una base de ideas fundamentales, común á las dos teorías en pugna.
- 2.ª Las concepciones psicológica y fisiológica de la histeria no son contradictorias.
- 3.ª La primera es una explicación clínica, esencialmente descriptiva; la segunda es una interpretación fisiopatológica. Nada obsta para la perfecta concordancia de ambas teorías; ellas se complementan recíprocamente.

Veamos cómo pueden deducirse talés conclusio-

nes á través de tan complicado entrevero de doctrinas.

En primer término, está definitivamente adquirida la noción de que la histeria es una enfermedad del sistema nervioso; detrás de esa conclusión general puede precisarse otra particular: es una enfermedad del cerebro. Dentro de las diversas manifestaciones fundamentales de la actividad cerebral, algunas revisten un carácter propio, distinto de la actividad automática inferior ó refleja: la actividad psíquica, el psiquismo. La histeria es una enfermedad psíquica, como se afirma desde Charcot; una enfermedad del psiquismo, usando el lenguaje de Grasset.

Pero la actividad psíquica es la expresión funcional de los centros nerviosos; luego su perturbación no puede ser independiente del trastorno funcional de esos centros. Si sus accidentes pueden producirse por medio de la sugestión ó la imaginación, ello no debe significar que los accidentes son autónomos de toda perturbación orgánica, en cuyo caso la histeria sería una opinión, una creencia, una «autosugestión» del enfermo, en el sentido más lato de la palabra, como pretenderían Bernheim v Babinsky. Cabe, en cambio, inducir que esos factores obran indirectamente, produciendo un cambio material previo en los centros cerebrales, el cual se traduce por una irritación particular ó un eretismo especial de los centros, exaltando ó pervirtiendo las diferentes manifestaciones de la actividad nerviosa, ya se trate de reacciones sensoriales, motrices ó psíquicas.

¿Cual es la perturbación cerebral de la histeria? Es absurda la idea de trastornos psicológicos abs

SUBLIOTECA UNIVERSITARIA
"ALFONSO REVES"

26430

tractos, sin substratum anatómico; es necesario admitir un cambio molecular en los neurones mismos, el cual produciría el eretismo ó la suspensión funcional de los diversos centros. Nos parece que, en realidad, las dos teorías fundamentales—de Janet y de Sollier-sólo son contradictorias por la terminología usada para expresarlas. Janet no puede negar que las causas psicológicas (emociones, sugestión, etc.) obran sobre los centros del cerebro produciendo determinadas actividades de los neurones; cuando se dice imaginación, sugestión, distracción, se trata de fenómenos materiales producidos en los centros nerviosos. Fenómenos psicológicos sine materia no caben dentro de la psicología fisiológica determinista; una sugestión aceptada, una distracción, un fenómeno imaginativo, implica movimientos materiales en determinados centros nerviosos, representa articulaciones y desarticulaciones de los prolongamientos protoplasmáticos de los neurones. Si negáramos esto caeríamos en la psicología metafísica, en el más anticientífico animismo, imputando al «alma» espiritual é inmaterial todas las formas de actividad propia de los centros psíquicos.

En este sentido la teoría de Sollier es más satisfactoria desde el punto de vista patogénico, sin que la anterior concepción de la histeria pierda su valor descriptivo desde el punto de vista clínico. Con Janet se precisaron los procesos psicológicos que caracterizan á los fenómenos histéricos; con Sollier se indaga la base orgánica de esos mismos procesos psicológicos.

Evidentemente, el término sueño cerebral-6 me-

jor dicho, «sueños cerebrales» —, que sintetiza la patogenia de la histeria, debe tomarse en un sentido genérico: astenia, abotagamiento, torpeza, siempre que determine una suspensión de funcionamiento. Si se admite, como Sollier no niega, que ese sueño de los centros cerebrales puede ser más ó menos parcial ó generalizado, localizándose y alternándose en centros funcionales cuya autonomía es indiscutida, se concilian con esta concepción todos los trastornos psicológicos, magistralmente descritos por Janet: desdoblamientos de la personalidad, debilitación de la síntesis psicológica, abulias, estrechamientos del campo de la conciencia, etc. La patogenia de la «desagregación mental», hecho clínico predominante según Janet, es explicable, precisamente, por los sueños cerebrales más ó menos localizados y alternantes, más ó menos fugaces ó persistentes.

La fisiología patológica de la histeria, sin estar resuelta, puede explicarse dentro de las más rigurosas nociones de patología cerebral. Se trata, sin duda, de perturbaciones vasculares ó microquímicas, subordinadas á las causas complejas que constituyen la etiología de la histeria: esos trastornos vasculares ó microquímicos adormecen los centros histericados, en el sentido de suprimir su función. En cuanto á la naturaleza de esos procesos íntimos de los centros nerviosos, sería harta exigencia pretender la revelación de su causa última. Sabemos, acaso, cuáles modificaciones vasomotrices acompañan el sueño normal? Muchos creen que es la anemia, algunos pretendían que era la congestión. Y en cualquiera de esos casos, del fenómeno vasomotor es un efecto ó

una causa?—Efecto, sin duda alguna—. ¿Y las causas de ese efecto? ¿residen en modificaciones de los cambios respiratorios ó en una autointoxicación por órgano-toxinas, semejantes á las producidas en todos los procesos de fatiga?

Si tantos interrogantes caben para el sueño fisiológico, fuera osadía pedir respuesta á los que podrían formularse para el sueño patológico.

En rigor, algunos argumentos de Sollier en favor de su teoría son deductivos. La prueba de que la histérica duerme, estaría en que podemos despertarla; la curamos despertándola: luego duerme. Sollier parece deducir la patogenia de la terapéutica. Sin embargo, fuerza es confesar que su teoría es sumamente importante y que complementa á la de Janet, lejos de contradecirla.

Consideramos, de acuerdo con Ad. Bain, que el ideal sería poder formular este silogismo:

- —Bajo la influencia de causas conocidas, y en determinadas condiciones, está debidamente constatado que el neurón cerebral retrae sus prolongamientos dendríticos y cilindraxial, y esto constituye el sueño.
- —La experimentación ó la anatomía patológica nos permiten constatar que el neurón se comporta de igual modo en la histeria, bajo la influencia de causas análogas.
- —Luego la histeria es también un sueño de los centros nerviosos y su tratamiento debe consistir en despertarlos.

La medicina está lejos aún, desgraciadamente, de tan hermosa exactitud, en cuanto su refiere á la patogenia de las enfermedades. Fuera ironía que la histeria, el clásico «proteo que se presenta bajo tantas y tan combinadas fases como el camaleón», inaugurase el ascenso de la nosología al dominio de las ciencias exactas...

Bástenos lo mucho que se ha adelantado en su concepción; sirva ello de estímulo para insistir con pertinacia en el desciframiento de sus actuales interrogantes. Mirando hacia atrás, remontando el pensamiento á las primitivas concepciones místicas y genitales, puede verse que el largo camino no ha sido estéril, infecundo.