

ture bronhogène, obtenant les résultats suivants:

La capacité vitale (CV) est toujours diminuée. Les fractions air complémentaire et air de réserve offrent des chiffres différents. La capacité respiratoire maximum et son coefficient (CUCV) sont toujours abaissés, même chez des sujets avec CV presque normale.

Le maximum volume minute, coefficient de capacité et réserve respiratoire en repos, sont toujours également diminués.

En somme, les valeurs obtenues avec le ventilogramme dans l'emphysème pulmonaire chronique met en relief l'importance de facteurs de lésions de base: élasticité bronchopulmonaire diminuée, persistance des facteurs qui conditionnent l'obstruction bronchiale, dynamique diaphragmatique et thoraxique altérée, éléments qui jouent un rôle important dans la genèse de la forte diminution de la fonction ventilatrice et réduction progressive du caractère réversible d'un emphysème bronhogène.

EL VALOR POSITIVO DE LOS SINTOMAS HIPOCONDRIACOS EN MEDICINA GENERAL

R. DE ALARCÓN TRIGUEROS.

Del Maudsley Hospital, de Londres.

I.—INTRODUCCIÓN.

La Medicina ha alcanzado en los últimos setenta y cinco años la categoría de ciencia. Como tal está sujeta a reglas y postulados lógicos más o menos fijos y, aunque queda todavía mucho por explicar y comprender, se sabe ya de antemano que se alcanzarán los nuevos descubrimientos valiéndose de la Física, la Química, las Matemáticas y demás medios científicos.

No obstante, la práctica de esta Medicina-Ciencia continúa siendo un arte en el que entran en juego las personalidades, cualidades y defectos de médico y enfermo. Aun cuando llegue el día en que se puedan conocer los innumerables factores y variables que entran e influyen en cada caso clínico particular, la labor del médico continuará siendo un arte sujeto a sorpresas y tropiezos. Seguirá válido el aforismo de que en Medicina conviene siempre prever que suceda lo imprevisto.

Todo médico se encuentra con enfermos en los que resulta difícil aplicar la teoría a la práctica, o no terminan de caber en ninguno de los casilleros nosológicos en uso, o lo que es peor, no se encuentra ninguna causa somática que explique sus persistentes quejas y molestias. A estos últimos enfermos se les suele llamar "hipo-

condríacos", y de ellos se ocupará el presente trabajo, cuya intención es mostrar cómo estos síntomas y quejas, en vez de ser una molestia y engorro para el médico, pueden convertirse en síntomas positivos que le ayuden en el diagnóstico.

II.—REACCIÓN DEL MÉDICO ANTE LOS SÍNTOMAS HIPOCONDRIACOS.

Se ha dicho anteriormente que síntomas hipocondríacos son aquellos que carecen de una base somática (orgánica o funcional), que explique su existencia o justifique su intensidad. El apelativo de hipocondríaco se suele extender corrientemente al enfermo que los padece. Estos síntomas y quejas constituyen a menudo una pesadilla para el médico, puesto que no sólo hacen difícil el diagnóstico, sino que estorban también el tratamiento, prolongándolo innecesariamente o haciéndolo ineficaz. Si se tiene en cuenta que diagnosticando y curando cumple el médico su cometido, se comprenderá el que reaccione a menudo con irritación e impaciencia ante un hipocondríaco que le dificulta con su "comportamiento absurdo" y "su mucho cuento" el desempeño de su labor profesional. El médico se siente responsable por la salud de sus enfermos y le indigna pensar que uno de éstos le "engañe". Ante un hipocondríaco persistente se suele reaccionar de dos formas: o despidiéndole con cajas destempladas o enviándole a otro colega con el pretexto de que conviene que se le investigue detalladamente el aparato digestivo, los senos frontales, la vista, etc. Si el médico no se siente muy seguro del cuadro clínico o desconoce la forma particular de comportarse de algunos de estos enfermos, pueda que termine por acceder, en contra de su mejor criterio, a sus peticiones y ruegos y ordenar una nueva y complicada investigación o intervención quirúrgica. El enfermo queda condenado a un continuo peregrinaje de médico en médico, de consulta en consulta y, en ciertos casos, de cirujano en cirujano. "El camino que conduce al abdominalismo crónico está empedrado con operaciones" (HUTCHINSON).

La postura del médico ante un enfermo de este tipo es muy comprensible, y todos la hemos sentido más de alguna vez; pero visto fríamente, no es ni científica ni médica, ya que por su parte el dolor, sea cual fuere la forma en que se presenta, es una de las primeras manifestaciones de que algo no funciona como debiera en ese compuesto de psique y soma que es el hombre; y, por otra, una de las funciones primordiales del médico es la lucha contra el dolor.

III.—LAS QUEJAS Y DOLENCIAS SIN BASE SOMÁTICA APRECIABLE COMO SÍNTOMAS EN ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS.

El principio fundamental de que un síntoma constituye una señal, a menudo temprana, de

que algo no funciona bien en el organismo, es aplicable también a los síntomas hipocondríacos y, ya que, por definición, el origen de estos síntomas no es somático, lo tendrá que ser psíquico y se podrán considerar, por tanto, como manifestaciones de trastornos en la esfera psíquica (psíquico es tomado aquí en su sentido más amplio, ya que para muchas enfermedades psiquiátricas se supone una causa orgánica, aún no descubierta, v. gr., en la esquizofrenia). Vistos así, los síntomas hipocondríacos dejan de ser un estorbo y se convierten en síntomas positivos que nos pueden dar o hacer pensar en un diagnóstico determinado, de la misma forma que una nicturia nos puede llevar al diagnóstico de una insuficiencia cardíaca incipiente.

Estos síntomas pueden encontrarse en muchas enfermedades psiquiátricas, de las que, a menudo, constituyen la primera manifestación; pero principalmente, en las neurosis, la esquizofrenia y las depresiones. También forman parte del cuadro de muchos trastornos psiquiátricos infantiles.

La mayoría de autores, siguiendo a WOLLENBERG, niegan la existencia de una hipocondría pura como entidad nosológica *per se*. Hay, no obstante, cuadros crónicos de origen inicialmente neurótico, en que la hipocondría parece presentarse en forma pura y constituir el único síntoma. De éstos, GILLESPIE ha querido hacer un grupo nosológico especial, pero su monografía sobre estos enfermos deía mucho que desear, ya que presenta una casuística muy reducida e insuficientemente detallada, y el problema de la existencia de una hipocondría pura todavía se encuentra abierto a estudio.

A continuación se detallará la importancia de este tipo de síntomas, primero en los trastornos infantiles, y luego, en los cuadros neuróticos, esquizofrénicos y depresivos de los adultos.

IV.—LOS SÍNTOMAS HIPOCONDRÍACOS EN LA INFANCIA.

Al tratar de los trastornos psíquicos infantiles se prescindirá de los diversos tipos de retrasados mentales y de los cuadros psicóticos graves (esquizofrenias infantiles, cuadros post-encefalíticos, infecciosos, tumores intracraneales, etc.), ya que se suelen presentar otras manifestaciones anormales que llaman antes la atención del médico y, por tanto, los síntomas hipocondríacos que algunas veces les acompañan resultan de poco valor diagnóstico práctico.

Las quejas y dolencias hipocondríacas en un niño no psicótico, suelen tener, por el contrario, un gran valor diagnóstico, ya que indican que algo está impidiendo o perturbando el desarrollo emocional y afectivo normal del niño. Cuando dicho desarrollo se encuentra perturbado por una causa interna o externa (familia, medio ambiente, trauma psicológico, etc.), el niño puede reaccionar de dos formas: o por trastornos de

conducta y comportamiento, o por quejas y síntomas hipocondríacos.

Según KANNER, estos últimos suelen aparecer inicialmente por sugestión (son sugeridos por los padres), pero luego se convierten en intencionales y dependen entonces, hasta cierto punto, del querer del niño, quien puede producirlos a voluntad. Casi siempre encontraremos en estos casos que los padres viven en un estado de ansiedad continua, preocupándose excesivamente por la salud de su niño, a quien inculcan desde una temprana edad esa preocupación e interés excesivo en la propia salud. Es interesante penetrar en los motivos—a veces casi desapercibidos y aun negados rotundamente—que llevan a los padres a esta desmedida preocupación por la salud de su hijo. Dichos motivos varían en cada caso; a veces ocurre que los padres mismos son neuróticos y su excesiva preocupación es una manifestación más del continuo estado de ansiedad y zozobra general en que viven. En otros pueden existir motivos más profundos, y esta profusión de cuidados por el bienestar físico del niño no es más que una forma de compensar su falta de cariño o aun su antagonismo hacia él. Esto puede observarse en casos en que el nacimiento del niño no fué realmente deseado por suponer un obstáculo para la vida social de la madre, por ser ilegítimo, etcétera..., o cuando la criatura no parece reunir todos los atributos y cualidades con que sus padres soñaban verle.

Estos niños suelen estar sedientos de cariño y, desgraciadamente, sus padres, a pesar de todos sus cuidados (que van acompañados, a veces, de severidad y de verdaderas restricciones), no se lo proporcionan. Necesitan que las personas mayores les hagan caso y reparen en ellos, y pronto descubren por experiencia que la menor queja de que no se encuentran bien, trastorna a sus padres y resulta la mejor forma de atraer su atención. En cierto modo resulta también una forma de vengarse de ellos y de hacerles pagar por su falta de cariño y las restricciones que les imponen.

Por otra parte, el invalidismo tiene ciertas ventajas y resulta un camino fácil para salir de aprietos y evitar castigos y dificultades. Así, esa forma de reaccionar, que fué al principio sugerida por los padres, poco a poco se convierte en intencional y lo que es peor, en un mecanismo casi automático, que de no remediarse a tiempo, puede durar toda la vida o reaparecer en la edad adulta, cuando el sujeto se encuentre ante dificultades o conflictos, o como una forma de alcanzar un cierto dominio sobre allegados y demás personas que le rodean.

El encontrar en un niño síntomas que carecen de razón de ser somática debe llevar al médico a profundizar más en el caso. De tener interés y tiempo disponible dirigirá el tratamiento tanto al niño como a los padres, procurando, por un lado, granjearse la amistad del niño, dándole a la par ocasión de establecer contacto con

un adulto que se interese por él de un modo normal, y por otro, ganarse la confianza de los padres, de forma que le expongan sus dificultades y pueda así orientarlos con tacto a que descubran, por sí mismos si es posible, sus errores. Esto no siempre es fácil y requiere tiempo, paciencia y tacto. En muchos países se cuenta con clínicas llamadas de orientación infantil (Child Guidance) especializadas en este tipo de trastornos, a las que se puede enviar estos niños; pero de no contar con ellas, el médico aún puede hacer mucho si busca la causa de estos trastornos en el ambiente y las personas que rodean al niño.

V.—LOS SÍNTOMAS HIPOCONDRIACOS EN LOS TRASTORNOS Y REACCIONES NEURÓTICAS.

Los neuróticos muestran muy frecuentemente una preocupación desmedida por su salud o se quejan de males, al parecer, "imaginarios".

F. BROWN ha hecho un estudio detallado de cómo se presenta la hipocondría en estos enfermos. El análisis que hace de los mecanismos que llevan a la aparición de estos síntomas en estos enfermos resulta, por su sencillez y carácter práctico, de interés al médico general. Según F. BROWN, los síntomas pueden desarrollarse de tres formas distintas:

a) Ciertos neuróticos (los timópatas de LÓPEZ IBOR) se encuentran en un estado continuo o periódico de ansiedad y angustia. Es un hecho bien sabido que la ansiedad, como emoción que es, va acompañada de trastornos del sistema nervioso vegetativo, tales como palpitaciones, hiperperistaltismo, tensión muscular (la tensión prolongada de los músculos de la nuca es una causa corriente de cefalalgia), etc..., que el sujeto percibe como sensaciones molestas e incómodas. A su vez, en personas ya ansiosas y predispuestas, estas sensaciones subjetivas desagradables les llevarán a prestar atención al funcionamiento de su cuerpo y a alarmarse, por tanto, al menor cambio o sensación que noten. Se establecerá un círculo vicioso: la ansiedad produce palpitaciones, éstas aumentan la ansiedad ya existente, la cual, a su vez, incrementará el número e intensidad de las palpitaciones, y así sucesivamente. En estos casos, a veces resulta útil explicar este mecanismo a los enfermos, buscando ejemplos tomados de la vida corriente, que les muestren cómo es un fenómeno normal el que las emociones vayan acompañadas de síntomas vegetativos. Se podrá así lograr que el enfermo repare más y ponga más atención en remediar la angustia que produce los síntomas, que los síntomas mismos.

b) En otros casos, el enfermo "convierte" la ansiedad producida por conflictos internos o externos en un síntoma somático. Es una medida de defensa, ya que muchas veces es mucho más fácil sobrellevar un dolor físico que un dolor moral. Esta conversión de un síntoma psíquico en somático es conocida en lenguaje psiquiá-

trico con el nombre de "reacción de conversión". En estos enfermos la ansiedad no suele estar patente, puesto que ha sido sustituida por el síntoma. Recuerdo un caso de una mujer refinada y delicada, casada con un hombre egoísta y desagradable, a quien no quería. El conflicto entre su deseo de dejarle y su sentido del deber se resolvió con la aparición de una ceguera parcial de origen psicógeno. La angustia exterior desapareció y la atención de la enferma se desplazó del conflicto matrimonial al cuidado de su ceguera.

c) En la tercera forma de reaccionar, el síntoma es empleado más o menos inconscientemente, con un fin, para alcanzar algo que resulta por el momento ventajoso; por ejemplo, para atraer la atención de otras personas o para justificar un fracaso. Cuando esto último ocurre, la enfermedad proporciona al enfermo un refugio provisional que le permite en cierto modo conservar su prestigio ante los demás. En estos dos últimos grupos entran muchos de los síntomas que el vulgo llama "histéricos".

Cuando llega el momento de explorar y tratar a uno de estos enfermos, resulta útil el conocer y tener en cuenta estos tres mecanismos de producción de los síntomas, sin perder de vista, no obstante, que corrientemente concurren dos o tres conjuntamente en la producción del cuadro clínico. Para el tratamiento conviene prestar más atención al que parezca ser el más importante, sin descuidar por esto a los otros dos.

De vez en cuando se encuentra uno con hipocondríacos crónicos en los que parece que los síntomas existen en completa ausencia de factores causales externos e internos sobre los que se pueda actuar. Estos son los enfermos que GILLESPIE considera "hipocondríacos esenciales", pero es probable que los mecanismos originarios hayan sido neuróticos.

VI.—LOS SÍNTOMAS HIPOCONDRIACOS EN LA ESQUIZOFRENIA.

En la esquizofrenia los síntomas y preocupaciones hipocondríacas suelen llamar la atención por su carácter chocante, absurdo o completamente fuera de lo corriente, v. gr.: "mi cráneo está lleno de arroz, el estómago comunica con la columna vertebral, en la garganta hay una semilla de melón alojada que se mueve cada vez que hablo, etc...". Con frecuencia el enfermo asegura que las molestias y trastornos corporales que siente son producidos por influencias y poderes extraños, externos a él. V. gr.: "sus genitales se están secando a causa de unos rayos atómicos o cósmicos dirigidos contra él por ciertas personas o sectas", "se encuentra bajo la influencia de un hechizo que le impide digerir los alimentos que toma", "un escozor general por todo el cuerpo, producido por un veneno puesto por sus perseguidores en la comida", etcétera. Síntomas con este carácter chocante,

junto con la creencia de que se deben a influencias extrañas (rayos, hipnotismo, corrientes, etcétera) son casi patognomónicos de la esquizofrenia, sobre todo cuando se presentan en enfermos que no parecen estar excesivamente deprimidos.

Pero no siempre los síntomas tienen este matiz extraño, poco corriente, que choca a la vista por poco que se repare en él, puesto que en otros casos—sobre todo en jóvenes—la enfermedad puede comenzar insidiosamente manifestándose únicamente por preocupaciones y quejas, un tanto difuminadas y poco precisas, por la propia salud. Conviene tener en cuenta la posibilidad de una esquizofrenia incipiente cuando se encuentre uno ante un adulto joven que presenta síntomas hipocondríacos vagos y poco precisos que parecen persistir en ausencia de factores externos. En los casos típicos suele haber una falta de concordancia entre estos síntomas y la forma fría, sin emoción, en que el enfermo los expresa. Si se toma entonces una historia detallada es corriente encontrar que durante los últimos meses ha habido una baja en el rendimiento en el estudio o en el trabajo. Es clásico el caso del estudiante brillante que de pronto, y sin ninguna causa aparente, empieza a flojear y a rendir poco en sus estudios. En estos casos conviene interrogar con más cuidado al enfermo para ver si se encuentran algunas experiencias anormales de su vida interna, tales como ideas delirantes, ideas de influencia o persecución, u otras que resulten extrañas a una persona normal. También resulta útil interrogar a los familiares para ver si ellos, por su parte, han notado algún cambio en el comportamiento o afecto del enfermo.

VII.—LOS SÍNTOMAS HIPONCONDRIACOS EN LAS ENFERMEDADES DEPRESIVAS (DEPRESIONES ENDÓGENAS O REACTIVAS).

En los estados depresivos abundan los síntomas hipocondríacos y resulta fácil encontrarles una explicación si se les considera como una manifestación más del estado de ánimo depresivo. Un enfermo en este estado tiene una visión negra y pesimista del mundo, como si viese objetos, personas y acontecimientos a través de un cristal oscuro que les comunicase un tinte sombrío. La enfermedad depresiva ya por sí produce trastornos somáticos, tales como sequedad y mal sabor de boca, estreñimiento y una sensación de cansancio y agotamiento general; pero es principalmente, como se dijo anteriormente, el estado de ánimo negativo el responsable por la hueste de síntomas de marcado matiz hipocondríaco con que se presenta a menudo esta enfermedad.

El enfermo, abrumado por sentimientos de culpabilidad y una visión nihilista del mundo, siente que todo se desploma y derrumba, incluso su propio cuerpo. Está convencido de que va a morir de un momento a otro, sus entrañas es-

tán corrompidas, el intestino obstruido, sabe que tiene cáncer, que una enfermedad venérea contraída años atrás ha reaflorecido y le llevará al invalidismo y al sepulcro, con gran pena y vergüenza para sus familiares.

Cualquier parte o función del cuerpo puede ser objeto de los temores e ideas de enfermedad, pero parece haber una predilección—sobre todo en las depresiones involutivas—por el aparato digestivo y urogenital, manifestándose bajo la forma de una preocupación y temor excesivo al estreñimiento o la creencia que existe una obstrucción urinaria o intestinal que el enfermo asegura es debida probablemente a un cáncer o a una enfermedad venérea. Por más pruebas y razonamientos lógicos que se presente a estos enfermos para demostrarles lo infundado de sus temores, vuelven a ellos con angustia renovada. En ciertos casos puede existir una hipocondría de sueño. El enfermo asegura no haber podido pegar ojo en toda la noche a pesar de los hipnóticos que toma; pero si interrogamos a su mujer o a la enfermera de guardia nos dirá que esto no es cierto, puesto que duerme de seis a siete horas y hasta ronca a veces. Conviene interrogar en estos casos a la persona que nos pueda dar datos veraces de cómo pasa el enfermo la noche, porque el insomnio es también un síntoma muy corriente en las depresiones, sobre todo el que se presenta en las primeras horas de la madrugada.

En ciertas depresiones el enfermo oculta muy bien su estado de ánimo verdadero, poniendo, cuando nos habla, un exterior relativamente tranquilo y hasta sonriente. No obstante, estos casos son sumamente peligrosos, puesto que no se da uno cuenta de lo preocupados y deprimidos que se encuentran. El peligro de un suicidio pende como espada de Damocles sobre todo enfermo depresivo, y si esas quejas de males imaginarios constituyen la única manifestación exterior de su enfermedad, resultan sumamente valiosos para un diagnóstico precoz.

Recuerdo un enfermo mío que se pasó quince meses recorriendo las consultas externas de los principales hospitales de Londres, quejándose de dificultades en la micción y defecación. Se le hicieron gran número de investigaciones y tratamientos, incluso inyecciones de estreptomina, vitamina B₁₂ y hasta masajes prostáticos. No fué sino hasta después de que hizo una tentativa de suicidio, que fué enviado a nosotros. Al interrogarle sobre su estado de ánimo, contó cómo durante el último año había salido en varias ocasiones de su casa con un cuchillo en el bolsillo decidido a quitarse la vida en el parque más cercano. Luego, afortunadamente, le había faltado el valor para llevarlo a la práctica, hasta que, por fin, ocurrió la tentativa que dió lugar a su ingreso en el hospital. Si después de los repetidos resultados negativos de las investigaciones y tratamientos, se le hubiese preguntado a este enfermo cómo se sentía y encontraba en sí mismo, o simplemente cuál era

su estado de ánimo y qué ideas le cruzaban por la cabeza, se le habrían evitado meses de sufrimiento y continua zozobra. Cuando se encuentre una preocupación desmedida por el funcionamiento de los aparatos digestivo y urogenital en una persona de más de cincuenta años, sobre todo si se queja simultáneamente de dormir mal, hay que pensar siempre en la posibilidad de una depresión.

VIII.—EXPLORACIÓN Y VALORACIÓN DE LOS SÍNTOMAS HIPONCONDRIACOS.

Un síntoma es siempre una señal de que algo no funciona bien en el organismo: una vez descubierto, el paso siguiente suele ser el buscar dónde radica el trastorno y cuál es su causa. Con los síntomas hipocondríacos se puede proceder de idéntica forma, y entonces el primer paso será buscar su origen en una neurosis, una esquizofrenia o una depresión. Está claro que también pueden presentarse en otras enfermedades psiquiátricas, pero ante todo hay que pensar en una de estas tres. A fin de no pasarlas de largo conviene interrogar y examinar al enfermo un poco más a fondo, a fin de obtener ciertos datos que no se suelen tomar en una anamnesis médica corriente. Un plan sencillo y práctico puede ser el siguiente:

1. *Datos familiares.*—Existencia de una enfermedad nerviosa o mental en la familia (depresión involutiva, esquizofrenia, etc...), personalidades anormales, alcoholismo o suicidio (debido quizá a una depresión).

2. *Datos personales:*

a) *Infancia:* Existencia de rasgos neuróticos en la infancia, tales como enuresis, miedos excesivos o inmotivados, pesadillas muy frecuentes, etc.

b) *Trabajo:* Estudio y trabajo. Rendimiento. Cambios frecuentes de trabajo a causa de enfermedad o por no llevarse bien con otras personas.

c) *Vida sexual y matrimonial:* Hay enfermos muy reacios a tratar estos temas con el médico, pero con tacto y paciencia, la mayoría termina por contar sus dificultades, temores y preocupaciones.

3. *Historia de trastornos nerviosos o mentales previos.*

4. *Personalidad antes de enfermar.*—Que nos dará una idea de cuál era el carácter y la personalidad del enfermo antes de empezar la enfermedad actual. Podrá incluir:

a) *Sociabilidad:* Relaciones con otras personas, intereses, amistades.

b) *Estado de ánimo:* Alegre, optimista o pesimista, tendencia a preocuparse, oscilaciones visibles de alegría y tristeza, etc.

c) *Carácter:* Animoso, emprendedor, irascible, tenaz, inconstante, tímido, etc.

d) *Costumbres:* Beber y fumar. Orden, meticulosidad. Apetito y sueño.

e) *Postura ante la propia salud:* Siempre tomando medicinas y preocupándose por el menor catarro, etc.

Los síntomas hipocondríacos que aparecen por vez primera en una persona que hasta entonces no se ha preocupado por su salud tienen un valor muy distinto de que si sólo se trata de un rasgo de carácter que ha estado presente toda la vida.

5. *Estado actual.*—Además de los datos que se obtienen por observación directa del enfermo, tales como agitación, angustia, nerviosismo, apatía, etc., conviene averiguar cómo se encuentra el enfermo en sí, cuál es su estado de ánimo, si está preocupado, triste, deprimido, cansado de la vida; cuál es el contenido de estas preocupaciones y tristezas y hasta qué punto estorban el fluir normal de su vida. Esto incluye: cómo se siente ante otras personas y ante la vida en general, si se siente postergado, culpable, perseguido; si tiene ganas de morirse, si ha contemplado alguna vez quitarse la vida, etc. En líneas generales, las ideas anormales que pueden acompañar a las ruminaciones hipocondríacas pueden reducirse a cuatro grupos principales:

a) *Ideas de persecución* (veneno, hechizo, rayos, calumnias, etc.).

b) *Ideas de culpabilidad y remordimiento* (es la persona peor del mundo, está pagando por los pecados de su vida pasada, etc.).

c) *Ideas de destrucción y ruina* (del propio cuerpo, de las personas que le son queridas, del mundo, etc.).

d) *Ideas obsesivas* (que vuelven y persisten a la mente del enfermo y se le imponen a pesar de que se da cuenta hasta cierto punto de que no tienen razón de ser. Son ideas que el enfermo nunca siente venidas del exterior o debidas a una "influencia extraña", como las esquizofrénicas).

6. *Posibles conflictos.*—En realidad las zonas de conflicto con que se puede tropezar el ser humano son bastante limitadas. Corrientemente los conflictos suelen surgir en:

a) *La familia* (roces, malentendidos, etc.).

b) *El trabajo o profesión.*

c) *Vida sentimental y sexual* (masturbación, preocupación y vergüenza por un desliz homosexual cometido por desconocimiento o debilidad en la adolescencia, ideas y temores erróneos sobre los efectos tardíos de la masturbación juvenil, impotencia, frigidez, "ejaculatio praecox", etcétera).

d) *Relaciones sociales.*

e) *Situación y dificultades económicas.*

El tomar todos estos datos suele llevar por lo común menos de una hora, pero el médico siente pronto cómo este tiempo ha sido bien empleado, no sólo por la satisfacción que le proporciona el desempeñar más a fondo su labor, sino por el beneficio que puede aportar al paciente.

IX.—TRATAMIENTO Y CONDUCTA A SEGUIR.

Una vez examinado el enfermo y agrupado provisionalmente en uno de los casilleros antes mencionados, llega el momento de decidir qué línea de tratamiento se va a seguir. El médico tendrá que decidir entre si va a tratar él mismo al enfermo o si va a enviarle al especialista. En vista del escarnio que significa todavía para muchas personas el tener que acudir al psiquiatra, muchas veces el médico, de no estar muy grave el enfermo, procura tomar un camino intermedio y adoptar una actitud de espera limitándose a sostener y vigilar al paciente por un período determinado de tiempo en la esperanza de que posiblemente remitirá. Esta última actitud está justificada en ciertos casos, siempre que el médico esté dispuesto a enviar al paciente al especialista si la enfermedad empeora o permanece estacionaria. Se utiliza principalmente en ciertas neurosis y en las depresiones incipientes.

Neuróticos.—No entraré en detalles del tratamiento de los neuróticos puesto que se sale del margen de este trabajo, pero sí conviene hacer notar que un número crecido de estos enfermos pueden ser, y en efecto lo son, tratados por el médico general. Es conveniente una selección de los enfermos. Los mejores resultados los obtendrá con las reacciones neuróticas recientes, y con enfermos con una buena personalidad previa en quienes se ve con bastante claridad el papel etiológico de factores externos de solución relativamente fácil.

En cuanto al grupo de los hipocondríacos crónicos a que se ha hecho mención en un capítulo anterior, conviene hacer notar que son muy difíciles de tratar, ya que parece haber una ausencia de conflictos externos y aun internos sobre los que se pueda actuar. HUNTER y LYON han establecido en Denver (Estados Unidos) un servicio que llaman Clínica "H", adjunto a un hospital general, que está dedicado exclusivamente a estos enfermos. Cuentan con la cooperación de los otros servicios del hospital, que con un suspiro de alivio, les envían estos problemáticos enfermos.

La Clínica "H" consiste en una consulta externa donde se ve a estos enfermos regularmente por un período de media hora, aproximadamente, durante la cual el médico que atiende al enfermo se atiene a 8 normas fundamentales, que a continuación detallo por considerar que pueden ser de gran utilidad al médico general en su trato con estos enfermos:

1. Aceptar siempre como veraces las quejas del paciente, nunca ponerse a contradecirlas (a poca experiencia que se tenga con estos enfermos se verá lo inútil y hasta contraproducente que resulta el quererles persuadir de que están sanos y no les pasa nada).

2. Examinar siempre cualquier parte del cuerpo que el enfermo presente con la petición de que se la vea el médico.

3. No dar nunca un diagnóstico al enfermo.
4. No hacer nunca un pronóstico o una promesa al enfermo.

5. Siempre dar algún remedio sintomático acompañado de una sugestión general, que nunca debe hacerse en forma demasiado concreta.

6. Citar siempre al enfermo para una próxima visita (esto es importante, puesto que la mayoría de estos enfermos han sido despedidos con cajas destempladas por más de un médico).

7. Mantener siempre una postura tranquila y mostrar interés por el enfermo y sus quejas.

8. Dejar hablar al enfermo, y callar siempre que se pueda.

Este proceder permite, al cabo de cierto tiempo, ganarse la confianza del enfermo, quien al sentirse convencido de que hay un médico que cree en sus síntomas, poco a poco irá hablando menos de ellos y más de sus problemas y dificultades personales. LYON y HUNTER aseguran haber logrado, valiéndose de este método, rehabilitar en un año o dos a muchos enfermos dados hasta entonces por perdidos.

Esquizofrénicos.—Cuando se sospeche una esquizofrenia incipiente conviene aconsejar al enfermo que visite un psiquiatra, porque cuanto más temprano empieza el tratamiento de esta enfermedad, mayores son las probabilidades de una buena remisión. En los casos crónicos la línea a seguir depende de como se presente el cuadro y del grado de tolerancia y comprensión de parientes y vecinos.

Depresivos.—Los cuadros depresivos suelen responder muy bien al tratamiento con electrochoques, y el pronóstico, aun en las formas involutivas, suele ser, por lo general, bueno, y son pocos los enfermos que evolucionan hacia el invalidismo crónico. Conviene, pues, enviarlos al psiquiatra si se ve que el cuadro es grave o permanece estacionario.

El hecho de recalcar en este trabajo la importancia de los síntomas hipocondríacos no significa, ni mucho menos, que se aconseje descuidar el lado somático, ya que las personas con manifestaciones hipocondríacas tienen derecho a enfermar como cualquier otra persona. Además, también sucede a veces que una enfermedad orgánica moviliza en una persona predispuesta, una depresión o una esquizofrenia. A este respecto citaré el caso de un hombre que a los cincuenta y nueve años tuvo una depresión típica caracterizada por pérdida de interés, ansiedad, insomnio, anorexia, pérdida de peso y una preocupación excesiva por el funcionamiento de su intestino. Respondió muy bien a los electrochoques y se mantuvo bien por dos años, al cabo de los cuales empezó a dormir mal, perder peso y quejarse de estreñimiento y de que sentía un bulto en la garganta que, según él, se podía palpar, aunque ni su mujer ni el médico lo lograban percibir. Se hizo poco caso de sus quejas, creyendo que eran "los nervios" otra vez, hasta que se puso tan agitado, que tuvo que ser ingresado en el hospital. El bulto

en la garganta resultó ser una asimetría del cartilago tiroides y el examen radiológico descubrió un cáncer del pulmón. Aparte de la progresiva demacración y anemia, los únicos síntomas que presentaba eran la depresión y la preocupación desmedida por su estreñimiento, similares a los que había tenido dos años antes. Citaré también el caso ilustrativo de una mujer que fué admitida al Maudsley Hospital con objeto de curarla del convencimiento pertinaz de que tenía un bulto en un pecho, que era para ella un cáncer. En el examen somático hecho a su ingreso en el hospital, se descubrió, en efecto, un bulto en el pecho, que resultó ser cáncer. Creo que estos dos casos muestran la necesidad de hacer un examen físico detallado a pesar de que se considere al enfermo un hipocondríaco.

Existen muchas teorías para explicar el por qué las preocupaciones hipocondríacas parecen tener una predilección especial por determinados órganos y sistemas; la mayoría no pasan de ser hipótesis, y por carecer de valor práctico, se han omitido en el presente trabajo.

BIBLIOGRAFIA

- BROWN, F.—Journ. Mental Science, 82, 295-359, 1936.
GILLESPIE.—Guy's Hosp. Rep., 78, 408, 1928.
HUNTER & LYON.—Am. Pract. & Digest. Treat., 2, 67-69, 1951.
JAHRREIS, W.—Archiv. f. Psychiatr., 92, 686-821, 1930.
KANNER, L.—Journal Pediat., 15, 341-355, 1937.
KANNER, L.—"Child. Psychiatry", 1949.
LAUGHLIN, H. P.—Med. Ann. District of Columbia, 23, 2, 96-105 y 147-152, 1954.
MOODIE, W.—"Child Guidance", 1952.

- MOODIE, W.—"The Doctor and the Difficult Child.", 1948.
RORIE, R. A.—Brit. Med. J., 1, 1062-1066, 1955.
TERHUNE, W.—"Medicina y Psiquiatria". Ed. Paz Montalvo, 1953.
WEITBRECHT, H. J.—Deutsch Med. Wchnschr., 76, 312-315, 1951.
WOLLENBERG, R.—"Die Hypochondrie". Wein, 1904.

SUMMARY

Hypochondriac symptoms are analysed in various psychiatric conditions and in infancy; examination, assessment and treatment are taken into account. The value of these symptoms from the psychosomatic standpoint is discussed.

ZUSAMMENFASSUNG

Es werden die hypochondrischen Symptome bei verschiedenen psychiatrischen Prozessen und im Kindesalter analysiert; Untersuchung, Auswertung und Behandlung. Es wird der Wert dieser Symptome vom psycho-somatischen Gesichtspunkt aus besprochen.

RÉSUMÉ

On analyse les symptômes hypocondriaques dans différents processus psychiatriques et dans l'enfance; leur exploration, évaluation et traitement. On discute la valeur de ces symptômes au point de vue psychosomatique.

NOTAS CLINICAS

LINFOBLASTOMA FOLICULAR GIGANTE

L. LORENTE FERNÁNDEZ, M. AGUIRRE JACA
y M. JIMÉNEZ CASADO.

Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas. Clínica de Nuestra Señora de la Concepción.
Director: Prof. C. JIMÉNEZ DÍAZ.

Este proceso sistematizado de las estructuras linfáticas conocido desde la descripción de BRILL, BAEHR y ROSENTHAL como hiperplasia gigante de los folículos linfáticos y del bazo, y llamado por SYMMERS hiperplasia folicular gigante de los ganglios linfáticos con o sin esplenomegalia, ha recibido otros diversos nombres por distintos autores hasta llegar al de linfoblastoma folicular gigante, con el que se conoce en la actualidad; se caracteriza histológicamente por la hiperplasia numérica y principalmente dimensional de los folículos de los tejidos linfoides.

En la mayoría de los casos tiene una termi-

nación fatal en cuatro-cinco años después del comienzo de los síntomas, aunque la enfermedad puede ser muy larga, hasta de dieciocho-diecinueve años, como describe SYMMERS. Este mismo autor refiere la posibilidad de la curación espontánea, y se ha señalado la sensibilidad de la enfermedad a la radioterapia. Al principio, por BRILL y sus colaboradores se pensó en la benignidad del proceso; pero posteriormente, BAEHR, KLEMPERER y ROSENTHAL creyeron era una forma de linfosarcoma, pensándose en la actualidad que se trata de un proceso con múltiples potencialidades, que puede transformarse en sarcoma de células polimorfas, linfosarcoma difuso y asociarse con la enfermedad de Hodgkin o leucemia linfática, habiéndose señalado asimismo la terminación en retotelsarcoma.

El hallazgo clínico más típico es el aumento de los ganglios linfáticos, siendo afectados en la mayoría de los casos un grupo o unos pocos grupos periféricos de ganglios, soliendo ser móviles y firmes, pero no de gran dureza. En par-