

## EL DR. SIMARRO Y LA NEUROPSICOLOGIA

**BANDRES, J.**

**CAMPOS, J. J.**

**LLAVONA, R.**

**Universidad Complutense**

### INTRODUCCION

El Dr. Luis Simarro Lacabra (1851-1921) se doctora en Medicina con una Tesis titulada "Relaciones materiales entre el organismo y el medio como fundamento de una teoría general de Higiene" en el año 1875. Gana por oposición una plaza de facultativo en el Hospital de la Princesa en 1877, donde colabora con el entonces Jefe facultativo Dr. Cortezo. A los pocos meses pasa a ocupar el puesto de Jefe facultativo del Manicomio de Sta. Isabel en Leganés, institución en la que permanece hasta 1879. Tras un fugaz retorno al Hospital de la Princesa, renuncia a su puesto y se traslada a París, donde permanece hasta 1885. Allí estudia con personajes como Mathias Duval, Louis Antoine Ranvier, Jean Martin Charcot, Valentin Magnan, Richet y Bell. A su vuelta a Madrid abre una consulta privada de Psiquiatría que pronto goza de gran prestigio y popularidad. En 1893 obtiene el nombramiento de médico supernumerario sin sueldo en el Hospital de la Princesa. Un año antes había sido contrincante de Ramón y Cajal en las oposiciones, ganadas por este último, a la Cátedra de Histología y Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid. Finalmente gana en 1902 las oposiciones a la Cátedra de Psicología Experimental de la Universidad de Madrid, la primera de este tipo que se dotó en España y, probablemente, la primera que existió en el mundo en una Facultad de Ciencias.

A pesar de lo variado de sus actividades y la amplitud de sus intereses, su actividad profesional gira siempre en torno a la Neuropsiquiatría y Neuropsicología. Su aportación fundamental a este campo lo constituye la obra "Enfermedades del Sistema Nervioso" (1898), que no en vano representa uno de los pocos trabajos de carácter sistemático del autor. En torno a esta cuestión publicó también "Bosquejo de Anatomía y Fisiología del Sistema Nervioso" (1899), que representa una exposición parcial de la obra ya citada.

### LA DOCTRINA TEORICA

En la obra en cuestión "Enfermedades del Sistema Nervioso", el Dr. Simarro pretende ofrecer una guía para el diagnóstico de las enfermedades nerviosas en base a la sintomatología física y al examen neuropsicológico.

A continuación ofrecemos un extracto de los contenidos más destacados desde el punto de vista de la exploración y el diagnóstico neuropsicológico.

El punto de partida es la idea de que todas las funciones del organismo están regidas por el sistema nervioso y que, por tanto, todos los síntomas que se ofrecen en el enfermo pueden ser efecto de una afección nerviosa. Sin embargo, conviene limitar los síntomas propios del sistema nervioso a las perturbaciones de: la sensibilidad, el movimiento, las funciones vasomotoras y tróficas, y las funciones mentales.

En cuanto a los síntomas de las sensibilidades, Simarro parte de la base de que las sensaciones fisiológicas pueden ser exógenas o endógenas, dependiendo de que estén producidas por un excitante exterior o interior. Las sensaciones endógenas están conectadas con las funciones orgánicas y acompañadas en general de una tendencia impulsiva a satisfacer una condición necesaria de dichas funciones. Entre ellas se pueden citar las relacionadas con la digestión (hambre, sed, deseo de defecar y orinar), respiración (anhelo, opresión y fatiga respiratoria), circulación (angustia, opresión cardíaca, palpitaciones), calorificación (escalofrío, horror, calor y llamadas), genitales (afrodisia y anafrodisia), muscular (esfuerzo, fatiga y desperezo) y sistema nervioso (sueño, insomnio, euforia, malestar, estado de ánimo). Las ideas en torno a ellas suelen ser confusas y oscuras, pero el sentimiento que las acompaña es muy intenso, e imperioso el impulso que engendran. La satisfacción de la necesidad desvanece la sensación y provoca otra nueva placentera. Son de la mayor importancia para el médico, pero son difíciles de estudiar por la deformación que produce la auto-descripción.

Las sensaciones exógenas son más inequívocas dado que se puede comparar el excitante con la manifestación de la sensación. Se dividen según los sentidos de cuya función dependen. Simarro reconoce que a cada sensación le corresponde un excitante adecuado, pero se hace eco de la ley de la energía específica de los nervios al señalar que los sentidos pueden ser excitados por estímulos anómalos, pero que la sensación causada es del mismo género que la producida por el excitante normal.

Simarro recomienda determinar en el examen de la sensación los siguientes aspectos: cualidad, intensidad, localización y extensión, duración, retardo y persistencia, asociación inmediata con otras sensaciones, y circunstancias en que se producen las sensaciones patológicas. A continuación, incluye una detallada guía para el estudio de los umbrales sensoriales.

En lo tocante a los reflejos, Simarro los define como movimientos inmediatos, involuntarios e inconscientes producidos por alguna excitación. En sentido estricto, deben ser constantes y predeterminados por el punto de aplicación del excitante adecuado. Observa Simarro que se debe tener en cuenta las condiciones centrales de alteración del reflejo, como por ejemplo, la atención, que se puede controlar mandando leer o calcular al enfermo durante el examen. A continuación, se ofrecen una extensa enumeración de reflejos y de sus métodos de exploración.

En cuanto a los síntomas del movimiento, se sugiere comenzar el examen por la observación de las actitudes naturales, posiciones forzadas de los miembros y expresión fisiológica. Acto seguido se enumeran técnicas para el examen de los diversos movimientos voluntarios, haciendo hincapié en que en el cerebro los movimientos no están representados en el orden y disposición morfológicas de los músculos, sino más bien según su colaboración fisiológica, constituyendo dichos centros más bien focos de acciones que de regiones. A continuación se examinan los movimientos anómalos y su relación con algunos trastornos mentales: en el histerismo, la hipocondría y otras enfermedades mentales se pueden encontrar movimientos forzados (pasarse la mano por la cara, dar voces, coprolalia, ecolalia). De forma análoga, se pueden detectar calambres profesionales (escribientes, pianistas, telegrafistas) en sujetos neurasténi-



cos y hereditarios. Por su parte las convulsiones pueden ser síntomas tanto de enfermedades orgánicas, tóxicas o infecciosas, como de neurosis (histerismo).

Los síntomas del sistema vasomotor pueden hacerse patentes, además de en muchas enfermedades neurológicas, en trastornos mentales como la neurastenia, el histerismo, la hipocondría y la melancolía. Las acciones tróficas se manifiestan por su parte en el curso de diversas enfermedades mentales como el histerismo.

Un tipo especial de complejos sintomáticos lo constituyen aquellos compuestos de síntomas de la sensibilidad y el movimiento. Entre ellos se puede destacar en primer lugar la ataxia, que puede estar producida por falta u obscuridad de las sensaciones que nos informan de la posición y movimiento de los miembros, por deficiencia o perturbación de las sensaciones que nos dan idea de nuestra posición, o por deficiencia de los movimientos en conjunto de un miembro. Fenómenos análogos a la ataxia y el vértigo se pueden observar en enfermedades mentales como neurosis, neurastenia, epilepsia, hipocondría y paranoia.

Otro importante complejo sintomático de sensación y movimiento lo constituyen los síntomas de la palabra, mímica, escritura y lectura. En ellos se combinan no sólo sensaciones y movimientos del momento, sino los recuerdos de las memoria. Estas perturbaciones deben ser separadas, en primer lugar, de las parálisis o paresias de los órganos que ejecutan los movimientos. También hay que distinguir las funciones mentales que se manifiestan en alteraciones de la expresión (mutismo melancólico, logorrea de la manía). Entre las distintas afasias cabe destacar las siguientes: sensorial, motora, alexia, agrafia, óptica y amnésica. En la sensorial se puede hablar, pero no se comprende ni la palabra propia ni la ajena. En la motora, sin embargo, se comprenden las palabras, pero no se sabe hablar. En la alexia existe una incapacidad para comprender la palabra escrita, mientras que en la agrafia la incapacidad es de escribir. En la afasia óptica no se encuentra el nombre de un objeto que se ve, pero sí se puede hallarlo cuando se encuentra en contacto con él por otros sentidos. La afasia amnésica consiste en la pérdida de la memoria de las percepciones relacionadas con la facultad perdida.

Los síntomas de las funciones mentales son aquellos relacionados con los fenómenos de la conciencia, que según Simarro se extiende entre los extremos que marcan la percepción y el movimiento. La vida mental está constituida en definitiva por una cadena de acciones reflejas conscientes. En el examen general se pueden encontrar estados de depresión global de las funciones mentales, como el coma, el estupor, el sopor o la somnolencia. Asimismo, se pueden encontrar estados de exaltación global de las funciones mentales como el delirio, que aparece en ciertas intoxicaciones (alcohol, solanáceas, hachís) enfermedades infecciosas, y en particular en las que causan meningitis o encefalitis. Esta exaltación implica siempre una depresión o supresión de las funciones mentales superiores, de atención y reflexión. El sujeto no tiene conciencia de sí y no suele recordar lo sucedido.

En la perturbación patológica de las funciones mentales se cumple la ley de regresión de Jackson que señala que las facultades mentales desaparecen en orden inverso al de su aparición en el individuo. Este proceso en las enfermedades cerebrales graves es atropellado y en las agudísimas es fulminante. Pero en las enfermedades mentales típicas (traumatismo, intoxicación, infección) y en las atípicas (interiores,

nativas, hereditarias) se pueden observar detalladamente los síntomas mentales. Entre ellos conviene distinguir: estados de exaltación o depresión, contenido de las sensaciones, sentimientos, emociones e ideas y modificaciones de la personalidad.

Los estados de ánimo son la expresión del modo como se realizan las acciones reflejas cerebrales que pueden ofrecerse exaltadas o deprimidas. A la exaltación corresponde la manía; a la depresión la melancolía. Simarro hace una vívida descripción de la melancolía y de sus variedades: la depresión melancólica, la melancolía simple, la melancolía con estupor y la melancolía agitada. En la manía el humor es expansivo, alegre o colérico hasta el furor. Simarro describe los síntomas y las gradaciones que van desde la ligera exaltación hasta la manía furiosa.

La manía y la melancolía son las formas propias de las locuras típicas agudas. Ambos síndromes pueden sucederse en el curso de la misma enfermedad. Pero las formas alternativas (locura circular) son degenerativas o atípicas, como también las intermitentes y periódicas.

Las sensaciones, ideas, emociones, impulsos, ofrecen síntomas muy variados que constituyen el contenido mental del delirio o tema de los locos. En cuanto a las sensaciones, Simarro señala las ilusiones y las alucinaciones. Consideradas en su conjunto, las alucinaciones de la vista y el oído trastornan principalmente el concepto del mundo exterior, mientras las de la sensibilidad interna y el tacto alteran el concepto de la propia personalidad; unas y otras se imponen como reales y se coordinan en el espacio y el tiempo con las demás sensaciones normales. Las alucinaciones constituyen parte del delirio o son su aspecto sensorial o perceptivo.

El delirio en sentido estricto consiste en la perturbación de las ideas y representaciones. El delirio general se produce por la inhibición de las funciones superiores y la exaltación y desorden de las inferiores. Los delirios parciales implican si no la supresión, por lo menos un defecto considerable de las operaciones superiores. De este modo, en diversas intoxicaciones se observan frecuentemente delirios parciales. En el delirio parcial, en vez del flujo y variabilidad de ideas propias del delirio general, se presenta un corto número de ideas fijas que absorben la atención y afectividad del paciente y frecuentemente se combinan con alucinaciones. Los delirios parciales pueden dividirse en depresivos y exaltados, según el tono sentimental que los determina. A los depresivos pertenecen: las ideas de pobreza, el delirio de propia inculpación, el de condenación y pecado, el delirio hipocondríaco, el delirio de negación y el delirio de persecución. Los delirios expansivos no constituyen un tipo definido, aunque cabe citar el delirio de grandeza o el delirio erótico. Los delirios parciales cuando se hacen crónicos se fijan de forma invariable, es decir, constituyen una concepción completa y organizada del mundo.

Las perturbaciones de los sentimientos y emociones tienen un papel principal en la génesis de la locura, más son muy difíciles de examinar, reflejándose frecuentemente sólo en la desaparición de los sentimientos superiores y la exageración del egoísmo, orgullo o pesimismo. Intimamente relacionada con las emociones y los sentimientos se halla la disminución de la voluntad, que frecuentemente deja el campo libre a los impulsos inferiores. La perturbación de los sentimientos y emociones puede

producirse sin delirio manifiesto, tal y como ocurre en la locura moral. Lo mismo ocurre en las llamadas monomanías y en ciertos impulsos criminales

Cuando las perturbaciones mentales y morales son duraderas y extensas, se puede producir un cambio o disolución de la personalidad. El enfermo se ve reducido a una vida mental de pura asociación sostenida por la memoria. En todos los casos de disolución de la personalidad la demencia se revela: primero por la progresiva pérdida de la memoria, segundo por la regresión de los sentimientos y tercero por la incapacidad de aprender algo nuevo y la pobreza y desaparición de las ideas.

Simarro destaca la extraordinaria importancia de la herencia en la presentación de las que denomina locuras atípicas, que manifiestan formas irregulares y son producidas por causas adecuadas, aunque insuficientes o de forma espontánea. Para Simarro, en general, se puede admitir que toda locura que, primero, se produce sin causa suficiente; segundo, es repetitiva; tercero, se limita a ligeras perturbaciones delirantes y, cuarto, desaparece inesperadamente, supone un trastorno de carácter degenerativo.

Tras este estudio de la sintomatología se dedica una parte considerable de la obra que comentamos al diagnóstico tópico, esto es, a la determinación de los sustratos anatómicos concretos de las enfermedades del sistema nervioso.

Finaliza la obra con unas breves consideraciones acerca de la etiología de los trastornos nerviosos. En ellas se distinguen causas exógenas y causas endógenas. Entre las primeras se destacan los traumatismos, los venenos y las infecciones, y entre las endógenas se hace referencia fundamentalmente a trastornos congénitos y hereditarios, que se manifiestan por la repetición de las enfermedades, la predisposición a sufrir enfermedades nerviosas sin causa suficiente, la forma atípica de los trastornos y las anomalías del desarrollo mental

## LA PRACTICA CLINICA

Los estudios acerca de la práctica clínica de una época pasada se ven extraordinariamente dificultados por la frecuente necesidad de partir de descripciones generales en las que no siempre se reflejan los hábitos profesionales efectivos. En nuestro caso este inconveniente ha podido ser superado por disponer de diez dietarios anuales (correspondientes a 1909, 1910, 1911, 1914, 1915, 1916, 1917, 1918, 1919 y 1920) en los que el Dr. Simarro iba anotando diariamente los casos que acudían a su consulta con indicación de la sintomatología, diagnóstico y tratamiento prescrito. Dichos dietarios incluyen con frecuencia entre sus páginas notas de presentación de pacientes redactadas por colegas o amigos, cartas de clientes con diversas consultas, autohistorias clínicas redactadas por los propios pacientes y resultados de las analíticas encargadas.

Tal vez el dato más revelador lo constituye la predominancia de los trastornos de carácter depresivo, que sugiere un cierto paralelismo entre la estructura de la epidemiología psicopatológica actual y la de la época analizada. No obstante, hay que hacer notar que la extracción social de la clientela de Simarro presentaba características peculiares. En primer lugar, provenía de la práctica totalidad de la geografía española e inclusive de países de iberoamérica ("indianos"). En segundo lugar, predomina-



ban los sectores siguientes: profesionales liberales (médicos -a los que no cobraba-, profesores, magistrados, notarios, ingenieros, abogados, arquitectos, veterinarios, farmacéuticos), militares, clérigos, comerciantes, políticos y miembros de la nobleza (encontramos entre otros a una hija del conde de Revilla, marqués del Mérito, marqués de Vega-Inclán, marqués de Casa-Pavón, el hermano del marqués de Mochales, conde Trespalacios, marqués de Roca Verde, marqués de Montecastro, conde de Casal, marqués de Hoyos, duque de Hornachuelos, marqués de Cubas..).

Las prescripciones terapéuticas predominantes no dejan lugar a dudas acerca de la orientación organicista de Simarro, si bien sugieren algunas matizaciones importantes. Algunas estrategias de tratamiento frecuentes (régimen alimenticio, hidroterapia, cambios de medio..) dejan entrever que Simarro incorporaba al análisis del caso concreto datos relacionados con el estilo de vida del paciente, encontrando en la modificación de dicho estilo claves para la recuperación del enfermo.

Hay ciertas pautas generales en la práctica clínica que conviene resaltar. Una de ellas es la preocupación constante por el régimen alimenticio del paciente, con especial incidencia en el problema del estreñimiento, que solía resolver acudiendo al régimen vegetariano, thé Chambard, belladona y ricino. Otra preocupación observable es su interés por la aplicabilidad de terapias hormonales, especialmente en el caso de encontrar trastornos menstruales, menopausia o problemas del crecimiento. También hemos de señalar su sistemática investigación de antecedentes de infección sifilítica -prueba de Wasserman- y hábitos alcohólicos. Por último hay que destacar su sistemática búsqueda de rasgos psicopatológicos hereditarios en la familia del paciente.

Hemos seleccionado, a título de ejemplo, algunos casos típicos de esquemas de tratamiento:

- Melancolía: tintura tebaica, bromidia, hidroterapia, cambio de medio, Dial, Veronal y régimen vegetal.
- Hipocondría: licor de Fowler, valerianato amónico, Dial, régimen vegetal.
- Epilepsia: bromuros, belladona, Veronal y régimen vegetal.
- Histeria: Veronal, licor de Fowler, cambio de medio y régimen vegetal.

A modo de anécdota hemos seleccionado algunos tratamientos que resultan llamativos. Cuando se acercaba el verano aparecían las prescripciones de baños de mar -con preferencia por S. Sebastián-. Su paciente más fiel -aparece del primer al último año- era el Sr. Padrón, al que trataba de una miotonía muscular con electrizaciones de brazos y piernas. A una señora le recomienda un viaje..a Lourdes. Y finalmente, a varios de los pacientes que acuden a consultarle de provincias les recomienda que se queden en Madrid.



## BIBLIOGRAFIA

- Carpintero, H. (1987) El Dr Simarro y la Psicología Científica en España. Investigaciones Psicológicas, 4, 189-207.
- Cortezo, C.M. (1926) Luis Simarro. En Médicos Ilustres del S. XIX, p. 3-32. Madrid.
- Kaplan, T. (1971) Luis Simarro's psychological theories. En Actas del III Congreso Nacional de Historia de la Medicina. Vol. II, 545-555. Valencia.
- Salcedo, E. (1926) El Dr. Luis Simarro Lacabra. Madrid.
- Simarro, L. (1898) Enfermedades del Sistema Nervioso. En Vademecum clínico-terapéutico, p. 465-575. Madrid: Romo y Fussel.
- Simarro, L. (1899) Bosquejo de Anatomía y Fisiología del Sistema Nervioso. Boletín de la Institución Libre de Enseñanza, 466, 19-26; 468, 82-85.

## INFLUENCIA ENTRE LOS MEDICOS

Como ya hemos visto al tratar de las influencias de Freud en los sectores de la sociedad española más interesados en lo psicoanalítico en nuestro país fue el grupo médico.

Uno de los primeros introductores de las ideas de Freud en España fue Enrique Fernández Sanz, psiquiatra madrileño, que letró un artículo titulado "El psicoanálisis" en Revista de Ciencias Exactas y Naturales. Los progresos de la clínica, aparecida en 1907, unos años más tarde que el artículo en la revista Archivo de Neurología y Psiquiatría y Boletín del Psicoanálisis "los momentos del psicoanálisis", y en el Boletín de esa doctrina.

Destaca Fernández Sanz el "contacto" entre los psicoanalistas y los médicos "por su alta autoridad científica" y "por su prestigio profesional". En su artículo "Jung" (FERNANDEZ SANZ, 1923) se puede apreciar una actitud más positiva hacia los psicoanalistas, al menos que hacia el psicoanálisis en sí mismo, es Jung el que, según el autor, "es el que ha alcanzado el primer puesto". Jung es, según el autor, "en todos los aspectos, el más elevado filósofo que ha logrado penetrar en el mundo del inconsciente humano, más penetrante seguidamente que Freud". El autor se refiere a Jung como un psicólogo, escudriñando "los misterios del alma humana" y "las causas de las enfermedades mentales". (FERNANDEZ SANZ, 1923, 160). Fernández Sanz, psiquiatra, fue el primero en introducir a Jung entre los otros psicoanalistas en España.