

També fora de desitjar que totes les observacions en que lògicament s'apoya la concepció dels reflexes entero-renals, es contrastessin, experimentalment, ja distenent l'intestí, ja fent actuar sobre la mucosa substàncies les més variades, ja amb l'excitant clàssic les corrents induïdes i despertant amb aquests medis la naixença d'excitacions, quin camí s'estudiaria fent seccions de ramets nerviosos, extirpacions de ganglis, pinzellaments d'aquests amb nicotina, etc. D'aquesta manera, coordinant lo fet i lo que poden fer els comunicants amb la doctrina sentada fa temps per En Serés i jo, es faria la fisiologia completa del gangli mesentèric inferior, ja clàssic pels estudis d'En Langley sobre la motilitat vesical i rectal, i es palesaria que en ell les funcions de centre reflexe i receptor d'incitacions centrípètes, no valen menys que les centrífugues i motrius.

*Discussió: Dr. Trias Pujol.*

Reconeixent la importància que té la descoberta del gangli mesentèric inferior i les seves relacions, crec que la fisiopatologia del mateix potser sigui un tant més modesta que la que li atribueixen els autors des del punt de vista de centre de reflexes, doncs sembla, en general, que els ganglis simpàtics més són focus excito-motrius on s'efectua l'enllaç de les dues neurones motrius, que lloc de connexió entre elements sensitius i motrius.

No obstant, creiem que no tots els ganglis són solament excito-motrius, però l'existència de reflexes és un tant excepcional i requereix comprovació per medi de l'experimentació fisiològica.

En quant a la histogènesi del gangli esperem que els autors ampliïn els seus treballs amb procediments específics de les cèl·lules nervioses, doncs hi han formacions mesodèrmiques que en l'embrió, poden, per sa topografia, donar lloc a confusions, tant més, quan el simpàtic es barreja amb elements conjuntius que li han de servir d'armaçó.

*Rectificació: Drs. Gil Vernet i Gallart.*

Agraim vivament als Drs. Bellido i Trias sa felicitació i intervenció en el nostre tema.

L'existència del gangli mesentèric inferior en l'home, és un fet positiu. Que d'aquest gangli parteixen els reflexes vèsicorenals, també està comprovat. Ara, respecte al reflexe reno-intestinal, nosaltres no fem més que sentar fets que la clínica assaja i que l'experimentació s'encarregarà de posar en clar.

DR. JOAQUÍM TRIAS. — Sense discussió.

DRS. PI I SUÑER, BELLIDO I CERVERA.—DRS. Roqueta, E. Ribas i Ribas.—Rectificació.

*Discussió: Dr. Roqueta.*

Malgrat que en estat hígid tots els segments components del sistema nerviós de la vida vegetativa—sistemes autonòmics i gran simpàtic — treballen harmònicament per a formar entre tots la funció única i normal, és evident que cada un d'aquests segments gaudeix de certa autonomia dintre de la seva solida ritat funcional.

Aquesta independència relativa es tradueix lo mateix experimental que clínicament, per l'excitació o hiperfunció d'un d'aquests segments en detriment de l'antagonista, al que eclipsa o enfosqueix. L'obstacle de l'autònom cranial determina una vagotònia, la del gran simpàtic una simpaticotònia.

Es rar que en clínica apareixin aquests síndromes deslindats en tota sa puresa; lo més corrent és que's barregin íntimament ambdúes simptomatologies. No obstant, en alguns casos és tan evident la dissociació autònomo-simpàtica que resulta sumament fàcil el diagnosticar-la.

El punt de partida de l'estímul que determina aquests reflexes simpàtics pot trobar-se en qualsevol punt del recorregut d'aquests nervis, dels plexes que formen o dels seus ganglis. i per lo tant, lo mateix pot radicar en la cavitat cranial, que en la toràcica o en l'abdominal. La causa que provoca aquest estímul lo mateix pot ésser psíquica, com mecànica, inflamatòria o tòxica.

Els següents exemples donaran una idea clara de les diverses causes que poden produir aquests quadros simptomàtics, escollits de la nostra pràctica mèdica.

Un jove de 30 anys, sà fins a la data, però de tara nerviosa familiar molt carregada, presta una quantitat important de diners a cert individu. Amb motiu d'aquest préstec, citen a dit jove judicialment i al rebre la citació, que no esperava, cau malalt sobtadament amb vèrtigs intensos, arritmies respiratòries, vòmits, bradicàrdia de 48 pulsacions per minut, sense bradisfígmia, i abundants diarrees. El reflexe òculo-cardíac és negatiu i l'atropina no produeix cap efecte sobre la bradicàrdia ni sobre la diarrea, tenint que suspendre la medicació a l'arribar al mil·lígram i mig per les molèsties visuals i faríngees que'l molesten sobre-manera. Aquest vagotonisme es corregeix espontàniament en poc temps al rebre una sentència favorable, després d'haver assajat inútilment una porció de règims i de medicacions.

Altre subjecte de bona salut habitual, però impotent sexual de tota la vida, encara que casat, sofreix una forta emoció originada per la agreujament sobtat de sa esposa que està amb febre tifoidea. En l'acte apareixen vòmits, trastorns respiratoris, bradicàrdia fins a 46, fort estrenyiment de ventre i oligúria accentuada. El reflexe òculo-cardíac també és negatiu i no arriba a assajar la atropina perquè remiteix el síndrome als dos dies al sapiguer que la seva dona millora notablement.

Com es veu, en aquest cas dominà l'estrenyiment i en el precedent la diarrea, lo qual feu suposar un major estímul de l'autònom en l'últim cas, o bé un síndrome mixte autònomosimpàtic, ja que l'orina quasi es va suprimir.

Altres vegades és el simpàtic i no el pneumo-gàstric el que s'altera funcionalment; una senyora, en quina família abunden els neuròtics, presenta albuminúria intermitent, sense cilindrúria. Poc a poc, després d'una temporada de seriosos disgustos conjugals, es posa disnèica, amb taquicàrdia de 120 a 130 pulsacions, tremolor generalitzat, estrenyiment de ventre amb meteorisme considerable, lleugeres temperatures, variats trastorns vaso-motors amb dermatografisme i asfíxia de les extremitats toràciques (atàxia vasomotriu de Solis Coken), i sensibilitat exagerada al calor (termo-estèsia), que l'impulsa a dormir en plè hivern sense llençols al llit. No acusa anestèsia ni al tacte, ni al dolor, ni a la temperatura. Existeix lleuger exoftalmos, però no presenta hipertròfia tiroïdia. Gran irritabilitat de caràcter. Aquest quadre, que és qualificat de diferent manera per diversos clínics, cedeix en tres mesos a la quietut, al bromur amònic,

preconitzat en aquests casos per Mackenzie, i a la galvanització del simpàtic cervical.

Aquests trastorns, molt més freqüents en la dona que en l'home, passen quasi sempre per síndromes de Basedow incomplets. Quasi tots curen baix una terapèutica ben dirigida, i per ara és impossible assegurar si aquesta simpaticotònia és d'origen tiroide, ovàric, suprarrenal o pluri-glandular.

Al costat d'aquests casos, poden figurar les diarrees psíquiques que es presenten en èpoques d'exàmens i d'oposicions, les poliúries nervioses i els síndromes repentins que poden succeir a emocions violentes.

Certs tumors encefàlics, del coll o del mediastí, poden provocar la dissociació, amb predomini quasi sempre del simpàtic toràcic, però no falten tampoc alguns del simpàtic abdominal i entre ells solen ésser freqüents els vòmits, les alteracions funcionals de l'aparell urinari i els trastorns del peristaltisme intestinal, dominant quasi sempre l'estrenyiment espàstic encara que també pot produir-se el paralític.

Els processos inflamatoris encefàlics poden donar lloc així mateix a la dissociació, i la malaltia que determina el quadre més acabat d'aquella, és la meningitis tuberculosa. Conegut és el complet vagotonisme que existeix al principi de dita malaltia, dominant l'escena els trastorns de la respiració i del pols, els desordres vasomotors i l'astricció de ventre, que tant costa de vèncer. Més endavant quan augmenten els símptomes de compressió encefàlica i es va paralitzant el sistema autònom cranial comencen a dibuixar-se els símptomes del gran simpàtic o s'entremesclen als primers donant lloc a una simptomatologia complexa.

La inflamació peritoneal pot obrar en algunes ocasions per acte reflexe, i potser també per intoxicació, sobre l'aparell de regulació cardíaca. De sobres són coneguts els casos d'apendicitis greus amb bradicàrdia molt accentuada i fins amb extrasístoles d'origen vagal, dels que hem vist dos casos molt característics.

La contusió, la compressió i la commoció cerebral obren també provocant la dissociació autònom-simpàtica. Quan el procés és greu i el malalt va per mal camí es van barrant també els símptomes inicials d'excitació autònoma, el cor es dispara, el ventre es meteoritza, la respiració es fa superficial i el malalt es pert ràpidament.

Hem vist malalts en que el simple fet d'una indigestió ha provocat un quadre complet de vagotònia, de alguns dies de duració. En un d'ells ha repetit el síndrome tres vegades per la mateixa causa. Probablement és degut a tòxics d'origen intestinal que estimulen el sistema nerviós de la vida vegetativa en aquest sentit. I així com aqueixes metzines endògenes produeixen els símptomes descrits, de la mateixa manera altres tòxics exògens produeixen els mateixos resultats.

L'acció experimental d'aquests tòxics ha sigut maravellosament descrita per alguna de les ponències que s'han desenrotllat aquí, i entre aquestes substàncies figuren com més conegudes l'atropina, la pilocarpina, la fisostigmina, la nicotina i l'adrenalina. Aquestes substàncies han sigut classificades per la escola de von Noorden en autonomotropes i simpaticotropes, segons les afinitats, però en clínica no pot acceptar-se aquesta divisió perquè el seu paper no resulta tan desembarassat i ben deslindat com en el laboratori. Així l'atropina, per exemple, en uns casos ens ha proporcionat resultats evidents encara que lents; en canvi, en malalts amb un quadre complet de vagotonisme psíquic, no hem pogut observar cap efecte.

Tampoc hem vist cap efecte de l'escerina en les hipertensions arterials anomenades preescleròsiques, i en canvi hem pogut vèncer algunes de elles amb règims rigorosos perllongats. Potser aquesta manca d'acció ha sigut deguda a les prudents dosis empleades, puix es tracta d'un medicament extremadament tòxic. Una cosa anàloga podem dir dels nitrits (trinitrina, nitrit sòdic i tetranitrat de eritrol), tret del nitrit d'amil, d'efectes brutals i fugaços, limitats quasi exclusivament al segment cefàlic.

La nicotina, que excita el simpàtic determina per lo mateix en molts fumadors un augment transitori de la tensió arterial i de la freqüència del pols, sobre tot si el fumador està en peu. Un sol cigarret produeix una taquicàrdia ortostàtica de 6 a 10 pulsacions. En canvi, a dosis forta, com en la embriaguesa tabàquica, deu excitar intensament les branques abdominals de l'autònom cranial per quant els símptomes principals de la intoxicació són els vòmits i la diarrea.

De lo dit es dedueix que encara que algunes d'aquestes substàncies gaudeixen en el laboratori d'accions bastant ben definides, en clínica no succeeix així i és necessari un minuciós

estudi a la capçalera del malalt per a determinar indicacions i posologies que avui per avui són encara molt insegures.

*Discussió: E. Ribas i Ribas.*

La influència del plexe renal sobre la secreció urinària vé demostrada per els següents casos clínics: una noia que presentava anúria completa i en la que la simple intervenció sobre el ronyó en que existeixen adherències múltiples i quin estat general detestable i anestèsia accidentada ens obligà a no portar més endavant la intervenció, presentà a les poques hores d'intervenida secreció urinària. Les maniobres sobre el ronyó al intentar despendre les adherències deurien excitar les fibres del plexe renal.

La influència del simpàtic sobre'l ronyó i la certesa del reflexe reno-renal vé demostrat pel següent cas clínic: Es tracta del pessigament d'un urèter a conseqüència d'una histerectomia abdominal. No va orinar ni una gota 48 hores després de la intervenció. Reoperada la malalta vaig trobar l'urèter dret pessigat per una lligadura, però encara permeable. Malgrat de la permeabilitat vaig deixar una sonda ureteral. A la mitja hora va sortir orina, no per la sonda ureteral, sinó per l'uretra, i per lo tant del ronyó esquerre. Es necessitaren 2 hores per a que sortís orina per la sonda corresponent al ronyó dret. Aquest cas demostra l'influència del pessigament de l'urèter dret sobre el ronyó del mateix costat i l'evidència del reflexe reno-renal i la positiva acció de la sonda ureteral sobre'ls plexes renals.

*Rectificació: Dr. Bellido.*

Agraeixo als Drs. Roqueta i Ribas i Ribas el seu aport de fets clínics, coincidents amb les doctrines que havem exposat, com també les consideracions del Dr. Gil Vernet.

Del Dr. Roqueta recolliré la demostració que fan els seus casos, de la poca realitat de la oposició entre els sistemes autònom i simpàtic, i la nul·la fonamentació d'una terapèutica basada en aquestà artificiosa distinció.

Al Dr. Ribas i Ribas, que ja en la nostra ponència, encara que molt breument, es parla de l'urèter com a lloc de naixença de reflexes, i la seva analogia, muscular i nerviosa, amb l'intestí.

Al Dr. Gil Vernet li faré observar que avui creïem, que àdhuc normalment, s'exerceixen accions inhibidores sobre el ronyó, segurament per via nerviosa, com ho demostren la poliúria que segueix a certes lesions experimentals hipofisàries, i la que es presenta els primers dies que segueixen a l'enervació renal.